

L'ODONTOLOGIE

41e année. Vol. LIX. N° 1. 30 JANVIER 1921

L'ODONTOLOGIE

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
L. SOLAS,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

41e année. — 1er SEMESTRE 1921 — Vol. LIX.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.04*

ABONNEMENT :
FRANCE........ 24 fr. | UNION POSTALE..... 30 fr.
Le Numéro : 3 francs

41e ANNÉE. N° 1. 30 JANVIER 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

L'ODONTOLOGIE *entre avec l'année 1921 dans sa 41e année d'existence.*

Les circonstances ne permettant pas jusqu'à nouvel ordre de reprendre la publication bi-mensuelle, le Comité de rédaction et d'administration a pensé toutefois devoir accorder à ses lecteurs (sociétaires et abonnés) une compensation, en portant, à dater du présent mois, le nombre des pages de texte de 48 à 64, soit une augmentation d'un tiers. Cette augmentation permettra de donner plus d'étendue aux questions scientifiques, théoriques, pratiques et techniques, ainsi qu'aux Intérêts professionnels.

D'autre part, la qualité du papier a été notablement améliorée, comme on le remarquera aisément, afin de rendre l'impression plus nette et de faire mieux ressortir les illustrations.

Nous n'avons pas besoin de dire que, dans la situation actuelle, ces améliorations entraînent de grosses dépenses et imposent, par suite de lourds sacrifices à l'ODONTOLOGIE *et espérons-nous qu'elles seront bien accueillies de tous nos lecteurs.*

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONFORMATION ET STRUCTURE DE QUELQUES DENTS COMPOSÉES

Par le Prof. agrégé Ed. RETTERER.

(Communication à la Société d'Odontologie, 6 juillet 1920.)

(*Suite et fin.*)

IV. *Molaire d'Éléphant des Indes.* — Je n'ai pas eu à ma disposition une molaire fraîche d'éléphant ; mais la dent macérée d'Éléphant des Indes que j'ai l'honneur de vous présenter suffit amplement pour vous convaincre de la

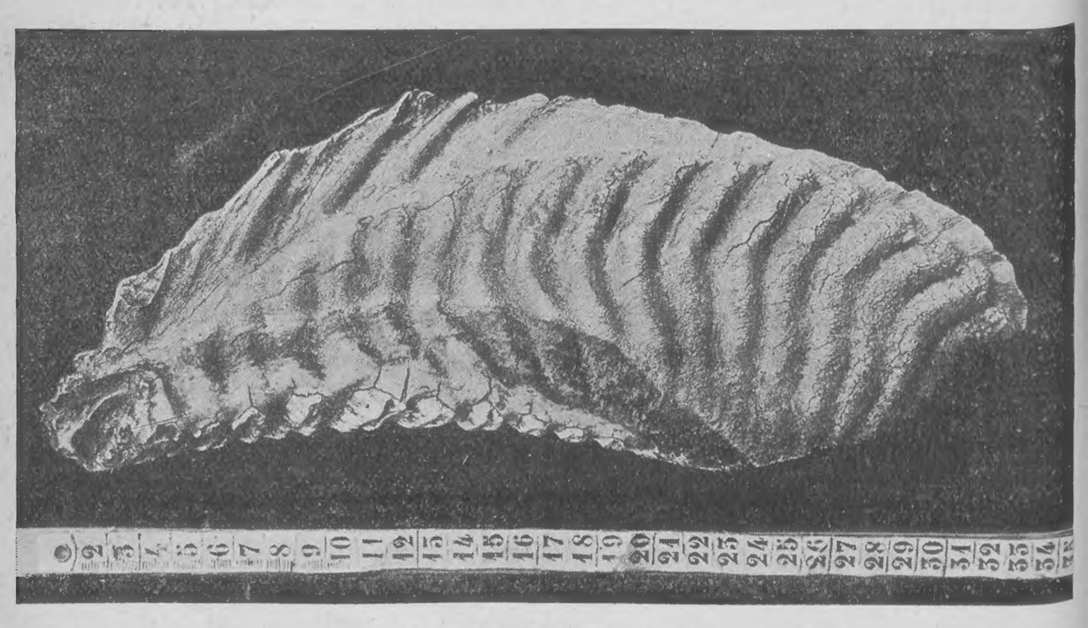


Fig. 5. — *Molaire d'éléphant des Indes* (vue labiale).

composition analogue de cette molaire et des molaires des Herbivores que je viens de décrire.

La fig. 5 représente, réduite de moitié, la molaire de la mâchoire inférieure d'un éléphant indien, longue de 34 centimètres. L'extrémité antérieure est à droite et la pos-

térieure à gauche. La face externe présente 19 saillies en forme d'arcades séparées les unes des autres par des échancrures ou cannelures. Chacune de ces arcades se porte, à partir de son extrémité inférieure, en haut et en avant; puis, vers le milieu de la face externe, elle se courbe en arrière pour se diriger enfin, en s'inclinant légèrement en arrière, vers la surface triturante. Chacune d'elles se termine par une saillie séparée de la précédente et de la suivante par une gouttière profonde.

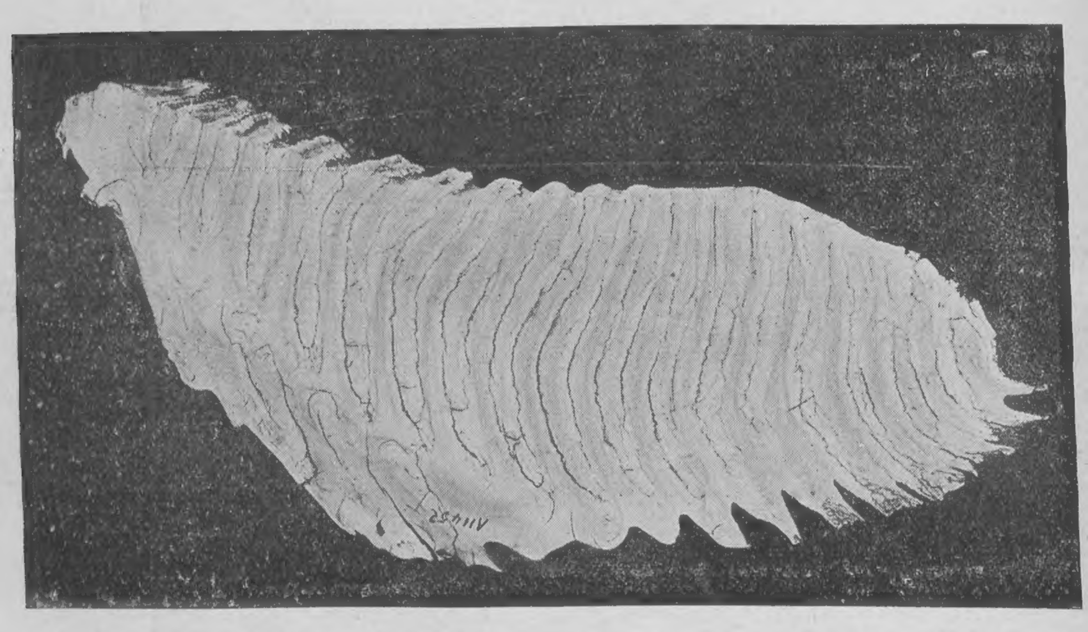


Fig. 6. — *Coupe longitudinale de la même molaire* (l'extrémité postérieure est à droite).

La fig. 6 représente au même grossissement une section verticale et antéro-postérieure de la même molaire. A droite, dans les deux tiers postérieurs, on voit sur le bord inférieur, c'est-à-dire à la base de la dent, une série de pointes (15 environ) entre lesquelles se trouvent des vides, occupés, sur la dent fraîche, par des divisions ou papilles secondaires de la papille commune. Dans le tiers antérieur de la molaire, il n'existe plus trace de papilles secondaires: le tout figure, à la base de la dent, une masse uniforme de dentine et de cortical.

La fig. 7 représente en grandeur nature une portion de l'extrémité postérieure de la même molaire.

Si l'on suit sur les fig. 6 et 7, la substance dure (dentine ou ivoire) qui entoure de toutes parts l'un ou l'autre creux (papille secondaire), on voit qu'à mesure que cette couche

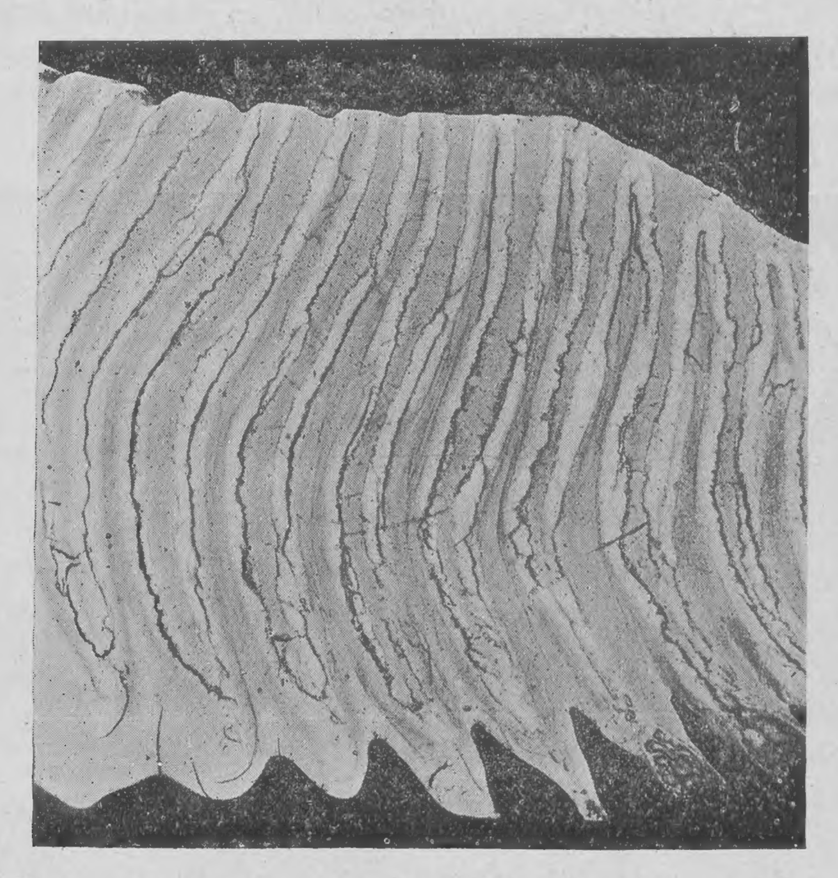


Fig. 7. — *Une portion de la même molaire* (plus fortement grossie vers l'extrémité postérieure).

ou revêtement d'ivoire monte vers la surface triturante, elle est séparée de la précédente ou de la suivante par une substance qui, pointillée, est circonscrite par une ligne sombre. Cette substance à aspect pointillé, fissuré et sombre, est le *cément* ou *cortical osseux* qui est séparé de l'ivoire par une bande plus claire ou *émail*. En d'autres termes, l'ivoire qui coiffe chaque creux ou papille s'entoure d'une

bande d'émail qui se continue, à la base de la dent, avec la bande d'émail de la papille qui précède et qui suit. Au sommet de chaque lame d'ivoire correspondant à chacune des papilles, l'émail coiffe également (à la partie postérieure de la molaire) les faces latérales et le bord supérieur de la lame d'ivoire. L'intervalle, entre deux papilles voisines, éburno-adamantin, est rempli par le cément ou cortical osseux qui forme dans cette portion de la face supérieure (triturante) de la molaire une plaque continue de cément.

Si l'on suit la face supérieure de la molaire et qu'on arrive dans la région qui sert à la trituration (fig. 6 et 7), on voit que non seulement le cément, mais encore l'émail sont entamés et ont en partie disparu par usure. Le cément étant moins dur que l'ivoire, la surface triturante présente une série de saillies ou plaques transversales (éburno-adamantines), séparées par des vallées profondes (cément). Chaque plaque éburno-adamantine offre un rebord plus saillant d'émail, et, au centre, une portion excavée dont le fond est occupé par l'ivoire.

En résumé, cette molaire d'éléphant se compose de dix-neuf plaques d'ivoire, revêtues chacune d'une bande d'émail qui se continue d'une plaque à l'autre. Les intervalles de ces plaques sont comblés par du cortical osseux. Dans la portion soumise à l'usure par la trituration, le cortical a disparu dans la région superficielle, de même que l'émail et la dentine ont été en partie enlevés. Cependant les plaques d'ivoire et d'émail persistent plus longtemps que le cément intermédiaire.

V. — *Aperçu historique de la dent composée.* — Les molaires de l'éléphant, ecrit Daubenton[1], sont composées de plaques verticales et transversales relativement à la longueur de la dent, prise de devant en arrière. Chaque plaque est composée de deux lames de substance d'émail ; ces lames sont à une petite distance l'une de l'autre, l'espace

1. Buffon et Daubenton. *Hist. natur.* t. XI, p. 130, 1765.

qui les sépare est rempli par une substance osseuse à en juger par sa couleur et sa dureté ; cette substance se trouve entre les plaques comme entre les lames et les entoure aussi par dehors.

J. Corse [1] considérait chaque plaque de la molaire d'éléphant comme une individualité distincte, une dent indépendante réunie à ses congénères, c'est-à-dire aux autres plaques par de l'émail [2]. Le nombre des plaques que présente chaque molaire varie entre quatre et vingt-trois. Que l'éléphant soit jeune ou vieux, les plaques qui servent à la mastication ne dépassent point 10 ou 12.

Les questions qui se sont posées aux anatomistes sont les suivantes : d'où viennent les diverses substances d'une dent composée ; chaque lobe, côte ou lame d'une de ces dents correspond-elle à une dent simple ou bien à un lobule ou division d'une unique ébauche dentaire ?

En ce qui concerne l'origine de ces substances, Cuvier émettait l'opinion suivante :

« L'émail, dit Cuvier [3], est déposé sur la substance osseuse (ivoire) par la lame interne de la capsule par une transsudation inverse de celle qui fait sortir la substance osseuse du noyau pulpeux (papille)...

» Dans les animaux dont les dents doivent avoir une troisième substance ou un cément, quand la membrane interne de la capsule a déposé l'émail, elle change de tissu : elle devient épaisse, spongieuse, opaque et rougeâtre, pour donner ce cément. Celui-ci n'est point, en naissant, déposé par filets, mais comme par gouttes qu'on aurait jetées au hasard ».

Chaque molaire d'éléphant, comme toute autre dent, continue Cuvier [4], est produite et pour ainsi dire conçue dans l'intérieur d'un sac membraneux, la *capsule*. La face

---

1. *Philosoph. Transactions*, 1799, p. 205, 236.
2. Each lamina appears to have been formed on several points, which are covered by a strong enamel.
3. *Anatomie comparée*, t. III an XIV (1805), p. 118.
4. *Ossements fossiles*, t. I, p. 33 (1821).

externe de la capsule est fermée de toutes parts et très simple ; sa face interne fait, au contraire, comme dans les herbivores, beaucoup de replis. Du fond de la papille partent des espèces de petits murs tous parallèles, tous transverses et se rendant vers la partie du sac prête à sortir de l'alvéole. Ces petits murs n'adhèrent qu'au fond de la capsule; leur extrémité opposée au sommet est libre de toute adhérence.

La substance de ces petits murs (qui sont fendus sur leur largeur) est molle, transparente, très vasculaire et paraît tenir beaucoup de la gélatine. C'est entre les vides de ces replis que se déposent les matières qui doivent former la dent; ces vides se continuent les uns avec les autres en se repliant sur eux-mêmes.

Les matières qui y sont déposées sont : 1° la substance *osseuse* qui sera transsudée par les productions gélatineuses venant du fond de la capsule ; 2° l'émail qui sera déposé par les cloisons membraneuses et en général par toute la surface interne de la capsule et de ses productions, la base exceptée.

Sur les dentelures qui divisent les tranchants des petits murs, il se forme ainsi une petite calotte. A mesure que de nouvelles couches s'ajoutent par dedans aux premières, les calottes se changent en cornets coniques qui, en descendant, finissent par se réunir en une lame transversale.

Les substances dont se composent les dents se forment toutes par excrétion et par couches.

Il ne passe pas la moindre fibrille du noyau pulpeux à la substance dite osseuse.

A l'œil nu, Cuvier ne pouvait voir les prolongements de la papille (fibrilles de Tomes) passer dans l'ivoire ; de là sa conception de la transsudation d'un fluide se concrétant par la suite. Les petits murs qu'il décrit ne sont que les expansions foliées de la papille ; de même que les dentelures du sommet de ces murs figurent leurs divisions ou digitations terminales. Cuvier est seul à avoir entrevu que les petits murs ou feuillets de la papille sont constitués chacun par une lamelle double. A son époque, on n'a pu

que se méprendre sur les relations génétiques de ces feuillets avec l'ivoire et l'émail.

Rolleston [1] (1871) qui a examiné un jeune éléphant indien a vu l'organe de l'émail s'étendre sur le mésoderne et coiffer plusieurs papilles dentaires. A chaque lamelle correspondrait une papille distincte.

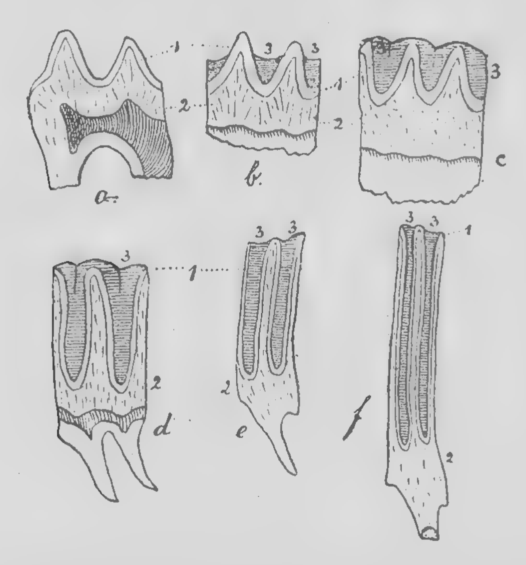


Fig. 8. — *Diagramme des molaires d'Eléphants et de leurs ancêtres* (d'après Cope).

a) Dent mamelonnée du *Mastodonte d'Amérique* et uniquement formée d'ivoiré (2) et d'émail (1) ;
b) *Stegodonganesa*, le cortical apparaît entre les mamelons.
c) *Elephas insignis*, le cortical nivelle la surface triturante.
d) *Elephas planifrons*, les mamelons représentent des lamelles transversales séparées et réunies par le cortical.
e) *Elephas hysudricus* et *f*) *Eléphant indien*, les lamelles forment de hautes lames.

Pohling (1887) a donné à chaque lamelle ou dent simple (dentelure de Cuvier) le nom de *digitelle* et admet que, indépendantes à l'origine, ces digitelles finissent par se fusionner les unes avec les autres.

---

1. Voir les indications bibliographiques dans le travail de Röse : Ueber die Zahnentwickl, etc., von Elephas indicus. *Morphol. Arbeiten*, t. III, p. 173, 1894.

Röse (*loc. cit.*), puis en commun avec Bartels (*Ibid.* t. VI, p. 49, 1896) sont du même avis : les dents multituberculées ou multilobées seraient dues à la soudure ou fusion de plusieurs denticules ou dents simples. Ils citent à l'appui de leur dire la configuration de l'organe de l'émail d'un embryon de veau, long de 4 centimètres : la base de cet organe (fig. 9) est creusée de deux cupules coiffant une papille bilobée. Mais cet organe de l'émail et cette papille peuvent aussi être interprétés comme une formation unique contenue dans une seule capsule ou follicule.

Ch. Tomes compare la molaire d'éléphant indien à celle de ses ancêtres, puis il semble conclure, au point de vue de sa valeur morphologique, dans le même sens que Cuvier.

« La molaire du Dinothérium, dit Tomes, ressemble un peu à celle d'un Tapir ; ses tubercules n'offrent point un développement exagéré et sa forme ne s'éloigne pas énormément de celle des dents de beaucoup de Mammifères. »

Leurs dents, comme celles des Mastodontes, ne possèdent que de l'ivoire et de l'émail. « La couronne des mâchelières des Mastodontes est divisée, dit Cuvier [1], par des sillons ou espèces de vallées très ouvertes en un certain nombre de collines transversales et chaque colline est divisée elle-même par une échancrure en deux grosses pointes obtuses et régulièrement conformées en pyramides quadrangulaires un peu arrondies. Cette couronne, tant qu'elle n'est point usée, est donc hérissée de grosses pointes. »

« A l'état sauvage, dit Tomes, les éléphants se nourrissent d'arbrisseaux et de jeunes branches tendres et souvent d'herbes arrachées avec leurs racines, dont ils secouent brusquement la terre qui y adhère. »

Aussi la molaire d'Éléphant est-elle bien plus compliquée que celle de ses ancêtres.

« La molaire de l'éléphant indien, dit Ch. Tomes, se compose d'un nombre plus considérable de tubercules (que chez l'Éléphant d'Afrique) ; ils sont plus allongés et plus

1. *Ossements fossiles*, t. I, p. 224.

aplatis, en sorte que la plus grande partie de la dent est formée de ces lamelles aplaties, réunies entre elles par le cément, et constituant ainsi une masse résistante et solide ; les racines sont presque imperceptibles.

» Dès que cette dent a atteint un certain degré d'usure, chaque lamelle est représentée par une zone centrale de dentine entourée d'émail, les intervalles qui séparent les

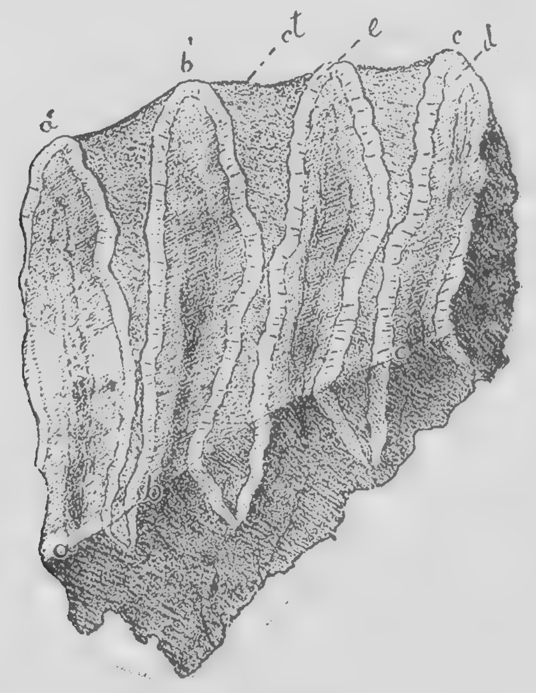


Fig. 9. — *Portion de molaire de Mammouth* (d'après O. Schmidt), *cl*, cortical ; *d*, ivoire ; *e*, émail ; *a'b'c'*, mamelons transversaux.

séries de lamelles sont comblés par le cément ; mais, à l'origine, les sommets des lamelles sont mamelonnés, c'est-à-dire qu'ils sont couverts de saillies arrondies beaucoup plus nombreuses qu'on ne les rencontre sur les parties correspondantes d'une dent de Mastodonte. Lorsque la dent fonctionne, les saillies arrondies disparaissent bientôt, et la face triturante ne présente plus que d'étroites bandes transversales de dentine entourées d'émail, chaque bande étant séparée de la voisine par le cément. La dureté inégale

de ces trois tissus suffit à maintenir la surface rugueuse, grâce au niveau différent de l'usure qu'ils subissent. »

Alors se posent les questions suivantes qui jusqu'à présent n'ont pas été résolues : quelle est la valeur morphologique des bandes ou plaques qui caractérisent la molaire de l'éléphant? Pourquoi figurent-elles des rubans transversaux sur l'Éléphant des Indes ? Des losanges sur la molaire de l'Éléphant d'Afrique ? Chaque bande correspond-elle à une dent simple ou bien ne figure-t-elle qu'une partie d'un seul tout ? Les pointes ou tubercules qui hérissent ces bandes sont-ils les homologues d'une dent simple ou des divisions d'un organe commun ?

Les mêmes questions se posent à propos des molaires du Cobaye, du Cheval et du Bœuf.

Cope et ses successeurs se sont adressés aux dents des ancêtres des éléphants et, en comparant les changements morphologiques qu'ils ont observés, ils ont cherché à établir la philogénie de la dent composée. Les diagrammes par lesquels Cope résume les résultats qu'il a obtenus, nous renseignent à cet égard. Les molaires du Mastodonte sont dépourvues de cortical coronaire, qui apparaît dans les molaires du *Stegodon* (fig. 9).

Plus nous nous rapprochons des éléphants actuellement vivants, c'est-à-dire des ancêtres directs de ces derniers, plus le cortical augmente : dans l'*Elephas insignis*, il nivelle la surface triturante ; dans l'*Elephas planifrons*, il segmente la dent en lamelles transversales et enfin, chez l'*Éléphant indien*, les lamelles deviennent des lames sur la molaire du *Mammouth* que figure O. Schmidt [1].

Ch. Tomes [2] donne dans la fig. 142 le dessin d'une molaire d'éléphant d'Afrique qui diffère des précédentes par le fait suivant : au lieu d'une seule feuille éburno-adamantine, il en existe deux se pliant et se repliant chacune comme fait une

1. *Les mammifères dans leurs rapports avec leurs ancêtres géologiques*, p. 191, 1887.
2. *Anat. dentaire*, trad. franç., p. 364, 1880.

feuille simple. De là, l'image d'espaces losangiques que figurent les lames d'ivoire et d'émail.

Gegenbaur[1] a également effleuré la matière : « Des replis de la substance dentaire, dit Gegenbaur, déterminant la complication de la structure des dents, doivent également être rattachés à la conformation des papilles. Ils se présentent déjà chez les Poissons et apparaissent avec un notable développement chez certains Amphibiens fossiles (*Labyrinthodontes*). On rencontre des conditions semblables dans les dents composées des Mammifères. »

En résumé deux opinions sont en présence : la dent *composée* est due à la différenciation qui s'est produite dans une dent simple ou bien elle résulte de la fusion de deux ou plusieurs dents simples. Il est inutile de citer la longue liste des partisans de l'une et l'autre théories. Par la pensée, nous pouvons concevoir l'un et l'autre mode de développement de la dent composée.

Une papille simple et unique qui se ramifie est capable de produire la dent composée de Cheval, de Bœuf ; une papille simple et unique qui se plie et se replie peut donner naissance aux lames transversales de la molaire de Cobaye ou d'Eléphant. Il suffit que les intervalles de ces ramifications et de ces replis soient comblés par le cortical.

On comprend également comment deux ou plusieurs papilles, 4, par exemple pour la molaire inférieure du Bœuf, apparaissent séparément deux en dehors et deux en dedans, et cela dans un même follicule ; à mesure qu'elles s'accroissent, elles émettent des prolongements qui se soudent et édifient sur toute leur étendue une lame de dentine.

Pour nous prononcer pour l'une ou l'autre théorie, il nous manque l'observation ou l'expérience décisive qui permette à chacun de vérifier directement le fait.

Est-il possible d'invoquer en faveur de l'une ou de l'autre les malformations ou anomalies dentaires qu'on rencontre si souvent dans l'espèce humaine ? Il en est qui les

---

1. *Manuel d'Anat. comparée*, trad. franç., p. 743.

regardent comme des accidents, d'autres comme un retour ancestral, c'est-à-dire une reproduction de ce qui existe *normalement* chez les animaux. Cela n'est pas probable, car les Reptiles et les Mammifères du tertiaire n'avaient que des dents simples. La dent composée des Herbivores n'est pas une dent *concrète*, c'est-à-dire deux formations distinctes de dentine et d'émail réunies simplement par un pont de cortical. Comme le démontrent nos figures, pour la dent composée ou compliquée, la dentine et l'émail constituent une masse continue, un tout unique. Le cortical n'y fait que combler les intervalles existant entre les lobes, les plis et les replis des lames éburno-adamantines. Les dents composées des Herbivores rappellent les dents confondues et géminées (*denti confusi* et *geminati*) qu'on observe chez l'Homme. Y a-t-il coalescence de deux ou plusieurs ébauches encore molles ou germes dans un seul follicule ? Sont-ce des germes normaux ou l'un est-il normal et l'autre supplémentaire ? Est-ce l'unique follicule qui détermine les deux germes à édifier une formation dont la dentine et l'émail évoluent de façon à constituer une individualité et non point deux ou plusieurs dents distinctes ? A l'heure actuelle, il serait bien téméraire de se prononcer dans l'un ou l'autre sens [1].

VI. Méchanomorphose. — D'où viennent les ressemblances de conformation et même de structure des dents du Cobaye et de l'Eléphant d'une part, de celle du Cheval et du Bœuf, de l'autre ? Cuvier avait déjà fait ressortir la concordance des dents avec le régime, c'est-à-dire avec les mouvements des mâchoires.

Dans les animaux qui vivent de chair, substances filamenteuses qui ne peuvent être écrasées, mais seulement coupées et déchirées, le mouvement de la mâchoire inférieure ne peut s'exécuter que de haut en bas... Les condyles (des Carnassiers) sont allongés transversalement, arrondis, pres-

---

1. Voir Dubreuil, Chambardel et Herpin, *Journal de l'Anatomie et de la Physiol.* 1910, p. 579.

que dans une même ligne ; mais la fosse glénoïde, au lieu d'être plane, est creuse et enfoncée. Chez le *blaireau*, par exemple, la mâchoire inférieure est serrée dans son articulation de manière à ne se mouvoir que dans un seul sens, comme font deux lames de ciseaux ; et c'est là, de toutes les dispositions, la plus propre pour *couper*, seule façon de diviser que la chair admette.

« Dans les herbivores, les frugivores et les granivores, comme le principal mouvement est celui du broiement pour écraser, comprimer les herbes et les fruits, polir, briser, pulvériser les grains et les réduire en pâte, le mouvement des mâchoires se fait de droite à gauche, ou en même temps de devant en arrière, ou dans les deux sens à la fois ; en un mot dans un plan horizontal autant que dans un vertical : les uns représentent des ciseaux, les autres des meules de moulin... »

Chez les Rongeurs, le condyle de la mâchoire inférieure a son grand diamètre antéro-postérieur : « Leur fosse glénoïde est plus large que le condyle. Sa plus grande longueur est de devant en arrière et rien ne le borne dans ce sens... Sa plus grande étendue (des mouvements) étant de devant en arrière, il a aussi une grande facilité à se mouvoir dans le sens de la longueur de la tête, de manière que les dents inférieures avancent et reculent alternativement sur celles de devant. Nous verrons, par la suite, en traitant des dents, que c'était là le mouvement nécessaire pour limer et user, au moyen de leurs incisives, les substances les plus dures qui sont leurs principaux aliments. Aussi les molaires ont-elles des couronnes plates dont les éminences d'émail sont toujours transversales pour être en opposition au mouvement horizontal de la mâchoire et mieux servir à la trituration.

« *L'éléphant* a un condyle arrondi, court, convexe, qui a quelque analogie avec celui des rongeurs. La facette articulaire sur laquelle il se meut n'est point une fosse ; au contraire, sa partie moyenne est la plus saillante. C'est un autre condyle formé par la base de l'apophyse zygomati-

que. C'est à cause de cette conformation que cet animal porte facilement la mâchoire en devant et en arrière comme par soubresaut. »

Comment Cuvier a-t-il interprété ces faits qu'il a si bien observés et si bien décrits ?

Pour Cuvier « le genre de vie de chaque animal est toujours en rapport avec les mouvements dont sa mâchoire est susceptible ; on retrouve dans la conformation des surfaces articulaires les particularités qui semblent le déterminer d'avance ».

Cuvier signale « l'accord admirable des structures des dents des divers animaux, avec les mouvements que leurs mâchoires exécutent ». On sait que pour Cuvier « l'oiseau a été fait pour être un oiseau, le papillon pour être un papillon, l'étoile de mer pour être une étoile. » Il en est de même des « parties de l'être qui doivent toutes avoir une convenance mutuelle ». Or, aux yeux de Cuvier, la conformation de chaque animal, comme celle de tout organe, est le fait d'une création spéciale ; toute structure est préétablie ».

Tout en admettant que l'exercice développe un organe, Cuvier se refusait à penser que celui-ci puisse changer de forme de structure sous l'influence des facteurs externes ou internes.

Le génie de Lamarck prévit ces transformations : les organes se modifient selon les circonstances. « Ce sont les habitudes de l'animal, sa manière de vivre, et les circonstances dans lesquelles se sont rencontrés les individus dont il provient, qui ont avec le temps constitué la forme de son corps, le nombre et l'état de ses organes. »

Nous avons vu que l'articulation temporo-maxillaire du Cobaye et de l'Éléphant présente les mêmes surfaces articulaires que la mâchoire inférieure exécute les mêmes mouvements d'arrière en avant. Les molaires subissent donc les mêmes pressions ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la papille réagisse à ces excitations identiques en se plissant dans le sens transversal et en élaborant des lames d'ivoire et d'émail disposées de même.

Tout autres sont les mouvements du maxillaire inférieur chez le Cheval et le Bœuf. Pour triturer les herbes ou les graines, ces animaux exécutent des mouvements latéraux ; l'un des condyles du maxillaire inférieur recule et se porte dans la fosse glénoïde, tandis que l'autre s'abaisse, avance et se place sous la racine transverse du zygoma. Le maxillaire se porte du côté où s'opère la mastication ; mais après avoir mâché pendant quelque temps d'un côté, l'animal se met à porter le maxillaire de l'autre côté pour mâcher de ce côté-ci. De cette façon, le mouvement latéral se transforme en un mouvement circulaire. Il est infiniment probable que l'excitation mécanique de ces mouvements latéraux retentit sur la papille qui se plisse et produit des lames éburno-adamantines à grand axe perpendiculaire au sens du mouvement, c'est-à-dire parallèles au grand axe du maxillaire.

Conclusion. — Que la dent composée résulte de la ramification ou du reploiement d'une seule papille ou qu'elle soit due à la fusion de plusieurs papilles à l'origine séparées, la surface papillaire et les lames éburno-adamantines sont partout continues. La direction prépondérante de ces lames est déterminée par le sens dans lequel se meut le maxillaire.

Le tissu conjonctif qui enveloppe la dent réagit d'autre part sous l'influence du facteur mécanique et édifie des formations cartilagineuses ou osseuses qui remplissent les intervalles des plis et des replis éburno-adamantins pour constituer autant de murs de soutènement *(cément ou cortical)*.

MÉTHODE NOUVELLE POUR L'ÉTUDE DES RESTAURATIONS PLASTIQUES DE LA FACE

Par le Dr A. Pont,
Directeur de l'École dentaire de Lyon.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 26 juillet 1920.)

Lorsqu'il s'agit de faire une autoplastie pour perte de substance chirurgicale, après l'ablation d'une tumeur de la lèvre inférieure par exemple, la restauration est facile, car c'est là une intervention réglée à l'avance, admirablement bien décrite dans les traités classiques, et en particulier dans le traité de Nélaton et Ombredanne, qu'on ne saurait trop citer. Mais dans cette guerre les mutilations de la face, par leur nombre, leur étendue, leur variété, la nature de l'agent vulnérant, etc., échappent à toute description d'ensemble et chaque cas demande pour la restauration une étude attentive et spéciale.

De plus, grâce aux progrès de la chirurgie d'urgence, on a pu conserver la vie à des blessés porteurs de mutilations énormes. Enfin certaines restaurations faciales, qui paraissaient autrefois du domaine exclusif de la prothèse, sont rentrées désormais dans le domaine de la chirurgie.

Pour toutes ces raisons les plasties chez nos blessés sont presque toujours des interventions atypiques et parfois très compliquées. Chacune d'elles nécessite de la part du chirurgien un examen approfondi et une étude préalable de la forme et des dimensions à donner aux lambeaux. C'est ainsi que dans les cas difficiles nous avons vu souvent notre Maître, M. le Professeur Vallas, faire venir les blessés devant lui à plusieurs reprises, les examiner longuement et ne se décider à l'intervention qu'après mûre réflexion.

Les techniciens les plus rompus à la chirurgie plastique de la face doivent donc étudier, avant chaque intervention, où et comment ils pourront prendre les lambeaux. Quelle sera la forme et quelles seront les dimensions à donner à ces derniers ? Comment l'opérateur devra-t-il remettre en

place et utiliser les débris des téguments ou les lambeaux de muqueuse ?

Ce travail, comme l'a dit Morestin dans sa communication à l'Académie de Médecine, constitue un véritable jeu de patience. Mais ce jeu de patience sera sérieusement simplifié et abrégé si l'on a au préalable bien examiné et bien étudié le sujet.

Par cette étude anté-opératoire on évitera beaucoup de tâtonnements et les interventions pour chaque sujet seront singulièrement diminuées tant au point de vue du nombre que de leur durée. De plus, on ne sera pas obligé, au cours de l'opération, soit de changer de méthode, soit de modifier la forme ou les dimensions des lambeaux ; on taillera ces derniers avec d'autant plus de sûreté et de tranquillité d'esprit que l'opération plastique aura été mieux étudiée et mieux précisée à l'avance.

Cette étude des lambeaux ne se faisait guère jusqu'ici que par l'examen direct du blessé, et le succès de l'opération dépendait surtout de l'habileté et de l'expérience du technicien. Jusqu'à présent aucune méthode ne nous permettait de transformer ces opérations atypiques en interventions méthodiques et réglées à l'avance. Or, il ne faut pas oublier que, dans les autoplasties de la face, l'exécution n'est rien, la conception est tout, à l'inverse des grandes opérations chirurgicales typiques et classiques, dont la méthode et la technique ont été décrites et réglées et dont les difficultés résident pour ainsi dire exclusivement dans l'exécution.

Depuis bientôt trois ans, avant d'entreprendre une restauration plastique de la face, je ne me contentais pas d'examiner directement le sujet, mais j'étudiais sur un moulage en plâtre, en me servant de lambeaux de papier ou d'étoffe, la forme et les dimensions des futurs lambeaux cutanés. Cette méthode, quoique imparfaite et quelque peu simpliste, m'a rendu de grands services ; j'ai cherché à l'améliorer en la précisant davantage, et voici actuellement comment je procède :

Le blessé est moulé au plâtre de façon à obtenir une re-

production exacte des lésions de la face. Ce moulage est conservé non seulement pour étude, mais aussi, s'il présente quelque intérêt, comme pièce documentaire. Sur ce moulage on fait un surmoulage négatif dans lequel on coule de la pâte plastique, que j'emploie depuis 1913 comme prothèse, dont j'ai donné la formule dans une communication parue dans le *Lyon Médical* en août 1914.

Sur ce moulage gélatineux et, partant, très malléable, on peut tailler des lambeaux absolument comme si l'on opérait sur le sujet lui-même. On peut se permettre ainsi tous les tâtonnements, toutes les études, car, au besoin, il est facile de couler 3 ou 4 modèles du même sujet. Lorsque sur ce moulage on a trouvé la meilleure façon d'utiliser les différents débris cutanés ou muqueux et la meilleure façon de tailler et d'assembler les lambeaux, l'intervention ne présente plus la moindre difficulté. On a transformé, en effet, une opération qui échappait à toute description classique ou à toute classification typique en une intervention définie et réglée à l'avance. Il en résulte un gain énorme de temps dans l'acte opératoire et une diminution du nombre d'interventions à faire subir au patient.

Cette méthode pourrait être généralisée et appliquée utilement, croyons-nous, à l'étude de la chirurgie des membres, tout au moins en ce qui concerne l'enseignement des élèves. Ces derniers seraient initiés ainsi très facilement et très rapidement à la taille des lambeaux. Il suffirait d'avoir quelques moulages en creux des membres supérieurs et des membres inférieurs, dans lesquels on pourrait couler indéfiniment de la pâte plastique. Cette dernière, d'autre part, pouvant toujours reservir, la dépense serait pour ainsi dire insignifiante, et enfin on éviterait les chances d'infection aux débutants maladroits.

OBTURATION DES CANAUX

Par M. LUBETZKI,

Chef de chimique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Épreuve de concours)

Définition. — L'obturation des canaux radiculaires est une opération de dentisterie opératoire qui consiste à remplir l'espace occupé antérieurement par le filet radiculaire avec une substance spéciale et remplissant certaines qualités.

L'obturation des canaux radiculaires est l'opération la plus importante et la plus sérieuse en vue de la conservation de la dent. Cette opération doit être considérée comme indispensable, contrairement à l'opinion émise par certains praticiens, Coleman entre autres, qui n'en étaient pas partisans. Il a été démontré que l'obturation complète des canaux radiculaires est une condition *sine qua non* du succès dans le traitement du 3° et du 4° degré.

L'obturation des canaux radiculaires prévient toute infection secondaire provenant des canalicules dentinaires.

Aucune de nos belles restaurations ne durerait si, quelques mois ou quelques années après le travail, une infection se produisait au niveau de l'apex, nécessitant l'avulsion de la dent.

Conditions nécessaires pour procéder à une bonne obturation des canaux radiculaires.

Pour procéder à l'obturation des canaux radiculaires il faut essayer de réaliser un champ opératoire aseptique, une siccité parfaite.

1° On ne devra jamais obturer un canal avant d'avoir posé la digue. La digue posée, on enlève la matière qui provisoirement obturait la dent.

2° On devra accéder facilement aux canaux, la cavité aura été largement ouverte, la chambre pulpaire élargie ; les cornes de la pulpe auront été réséquées.

3° Les canaux devront être élargis dans une séance précédente soit par des moyens chimiques :

1° Acide sulfurique, méthode de Callahan.

2° Bioxyde de soude, méthode de Szigmondy, de Vienne, soit par des moyens mécaniques : Beutelrock, broche de Kerr.

L'élargissement des canaux qui a permis l'extirpation complète des filets radiculaires permettra l'introduction facile de la matière obturatrice.

4° Les canaux devront être nettoyés d'une façon parfaite, c'est-à-dire qu'après dévitalisation médiate ou immédiate il ne devra exister aucun débris de filet radiculaire, aucune trace de sang coagulé ; qu'après un traitement sérieux d'un 4e degré ou de dent atteinte de pulpe gangrenée, les mèches ayant servi au nettoyage du canal ne devront laisser percevoir aucune trace d'infection.

Lorsque ces quatre conditions indispensables auront été réalisées, nous pourrons alors seulement procéder à l'obturation des canaux radiculaires.

Matériaux employés pour l'obturation des canaux radiculaires.

Les matières obturatrices employées pour l'obturation des canaux radiculaires devront posséder certaines propriétés. Il faut qu'elles soient :

1° *Antiseptiques*, pour pouvoir tenir le canal radiculaire dans un état d'asepsie complète, continuer à lutter contre les microorganismes qui pourraient encore exister et remplir les canalicules dentinaires.

2° *Imperméables*, afin que cette matière obturatrice ne s'imprègne d'aucun liquide venant de l'extérieur et pouvant amener des microorganismes.

3° *Immuables*, c'est-à-dire ne présentant ni contraction, ni expansion, ni résorption.

4° *Plastiques*, pouvant facilement être introduites dans les canaux.

5° *Facilement enlevées*, au cas d'infection secondaire.

6° *Malléables*, c'est-à-dire pouvant pénétrer dans tous les méandres du canal le plus fin.

Diverses matières ont été employées pour l'obturation des canaux radiculaires. Elles possèdent toutes certaines qualités ; rares sont celles qui réalisent les conditions exigées d'une bonne matière obturatrice pour canaux.

Nous possédons des matières obturatrices :

1° Fibreuses.
2° Métalliques.
3° Plastiques.
4° Des pâtes.

A) *Matières fibreuses* : ouate, soie, amiante.

On prenait une mèche d'une de ces matières qu'on enroulait autour d'un équarissoir qu'on trempait dans une poudre (iodoforme) ou dans un liquide antiseptique et qu'on laissait à demeure dans le canal. Cette pratique doit être rejetée radicalement, les matières ne présentant aucune garantie d'asepsie.

B) *Matières métalliques.*

On a utilisé des tiges métalliques en or ; on a essayé de remplir les canaux avec de l'or cohésif, de l'étain, de l'amalgame.

Pour l'aurification l'opération est assez difficile ; pour les tiges métalliques elle est délicate à cause de certains canaux très étroits, d'où impossibilité d'atteindre l'apex.

L'amalgame peut très aisément servir à obturer certaines racines qu'on veut conserver. Il aura été nécessaire auparavant de remplir une partie du canal avec une pâte antiseptique ou de la gutta.

Les véritables matières obturatrices pour canaux se trouvent parmi les matières plastiques et les pâtes.

Ces deux catégories de matières peuvent réaliser la condition la plus indispensable pour la bonne réussite

de l'opération : OBTENIR UNE OBTURATION COMPLÈTE DU CANAL.

C) *Matières plastiques.*

1° *L'oxychlorure de zinc* peut donner d'excellent résultat.

L'inconvénient qu'il présente comme matière obturatrice dans les cavités proximales, à cause de la facilité avec laquelle il se dissout au contact de l'acide lactique du milieu buccal, ne s'observe pas pour l'obturation des canaux.

Ses qualités antiseptiques sont mises à profit à cause du chlorure de zinc qui diffuse partout et qui coagule toutes les matières albuminoïdes.

Introduit sous forme de pâte très liquide, il peut remplir tout le canal. A cause de sa causticité il peut donner naissance à de l'arthrite alvéolo-dentaire.

Pour obvier à cet inconvénient on peut soit obturer l'apex avec un cône de gutta, soit y tasser un peu de coton hydrophile imbibé de thymol, puis on remplit le canal avec de l'oxychlorure de zinc ; le coton sous l'influence du chlorure de zinc se transforme en une matière amyloïde, obturant ainsi d'une façon parfaite le foramen apical.

L'oxychlorure de zinc a été abandonné parce que, trop dur, il permet difficilement la désobturation du canal.

2° *Chloro-percha.*

Cochran dissolvait à saturation de la gutta dans du chloroforme.

Avec des mèches montées sur des équarissoirs on badigeonne les parois du canal de cette dissolution de chloropercha, on en place ensuite une certaine quantité dans la chambre pulpaire et avec une boulette de coton on pousse cette pâte dans le canal.

Le grand avantage de la chloro-percha c'est de pouvoir remplir tout le canal, même le plus fin, et jusqu'à l'apex.

Elle présente pourtant deux inconvénients :

1° De n'être pas suffisamment antiseptique. On peut la

rendre antiseptique en remplaçant le chloroforme qui s'évapore à la longue par de l'eucalyptol.

2° De se rétracter autour de sa partie centrale. Un vide se produit entre la masse de chloro-percha et la paroi du canal.

On peut, pour éviter cet inconvénient, introduire dans le canal un cône de gutta.

3° *La Paraffine.*

La paraffine employée comme matière obturatrice des canaux n'est pas antiseptique par elle-même ; on peut lui adjoindre certains antiseptiques comme le salol, le thymol, le paraforme, etc., etc.

On place la paraffine à l'ouverture du canal. Avec une tige de cuivre (aiguille de Saladin) introduite dans le canal et montée sur un galvanocautère, on fond cette paraffine qui pénètre dans le canal et le remplit.

On recouvrira immédiatement les orifices des canaux d'une couche de ciment ou de gutta pour éviter la réinfection.

4° *Gutta.*

Pour l'obturation des canaux on utilise la gutta sous forme de cônes. Ces cônes très fins sont introduits dans les canaux après avoir été passés au chloroforme. Comme ces cônes sont toujours un peu trop longs, on en coupe l'excès avec un instrument vaseliné et chauffé. On tasse le cône de gutta dans le canal avec des instruments spéciaux, en lançant des jets d'air chaud.

Pour que les cônes de gutta réalisent réellement toutes les qualités exigées d'une bonne obturation des canaux, il est indispensable tout d'abord de badigeonner les parois du canal avec une pâte antiseptique qui puisse être au contact des canalicules dentinaires.

D) *Pâtes.*

Pour lutter contre la *rigidité* des substances métalliques, contre *le peu de sûreté* qu'offrent les matières fibreuses,

contre *le peu de qualités antiseptiques* des matières plastiques, on a songé à remplir les canaux avec une pâte composée de produits essentiellement antiseptiques.

Les pâtes sont : *antiseptiques* à cause des agents thérapeutiques qu'on y incorpore ; *plastiques :* elles se laissent facilement introduire dans les canaux ; *malléables :* elles peuvent pénétrer dans les canaux les plus tenus.

Elles peuvent être facilement enlevées. On peut leur reprocher : 1° en séchant de se contracter et de ne remplir le canal qu'imparfaitement ; 2° étant trop liquides de ne pas être suffisamment imperméables.

On a préconisé de nombreuses pâtes pour l'obturation des canaux.

1° *Pâte de Witzel.*

Oxyde de zinc	4
Aristol	1
Essence de girofle q. s. pour pâte épaisse.	

2° *Pâte de Ferrier.*

Trioxyméthylène, Oxyde de zinc	Poudre.
Formol, Eugenol	Liquide.

3° *Pâte de Buckley.*

Oxyde de zinc	8
Sulfate de zinc	2
Tricrésol	3
Formol	1
Eugénol	1
Glycérine q. s. pour pâte épaisse.	

Le grand véhicule de toutes ces pâtes est l'oxyde de zinc auquel on incorpore les antiseptiques liquides ou poudres. Les antiseptiques purs placés dans les canaux risqueraient d'irriter le ligament alvéolo-dentaire.

Modus operandi de l'introduction des pâtes dans les canaux.

1° On commence par déshydrater les canaux avec des mèches passées dans l'alcool (ne pas exagérer la déshydra-

tation, de peur de provoquer dans la suite des fractures de portions coronaires) ;

2° Lubrifier les parois du canal au moyen de mèches imbibées d'un antiseptique.

On a conseillé tous les antiseptiques employés en art dentaire : acide phénique, créosote, chlorure de zinc, essence de girofles, eugenol, formol, tricrésol, thymol.

Les antiseptiques comme le chlorure de zinc, le formol, le tricrésol-formol, le thymol, fixateurs d'un grand nombre de produits organiques, sont les plus recommandés.

Les essences lubrifiant les parois du canal permettront aux pâtes de mieux glisser et d'être attirées le plus loin possible dans le canal.

Dans nos canaux, que nous considérons comme parfaitement aseptiques, nous ferons tout notre possible pour n'introduire aucun germe infectieux.

En dehors des conditions indispensables, énumérées au début de ce travail, pour obtenir le maximum de chances de succès, il nous faudra veiller à ce que les instruments et objets (plaques de verre), servant à la confection de cette pâte, soient aseptiques et flambés à l'alcool.

Nous ferons deux sortes de pâtes : une à consistance liquide qui nous permettra de badigeonner les parois du canal ; une autre épaisse que nous introduirons à l'entrée du canal à l'aide de mèches de coton moulées sur équarrissoirs. Avec une boulette de coton préalablement flambé, on pousse la pâte dans le canal. A ce moment le patient éprouve une certaine sensibilité au niveau de l'apex. Il ne faut pas croire que la pâte poussée soit entrée au contact du ligament alvéolo-dentaire, c'est un coussinet d'air enfermé dans le canal qui provoque cette légère douleur. Avec une sonde lisse, on repasse dans le canal afin de donner un libre accès à cet air enfermé, on refoule ensuite une fois de plus la pâte dans les canaux.

Pour obvier à l'inconvénient reproché aux pâtes qu'elles ne sont pas *imperméables*, pour garantir la dent contre la pénétration par la suite de microorganismes, on recouvre

cette pâte de gutta, ou bien d'une pellicule de ciment, qu'on peut facilement enlever au cas où il y aurait des accidents du côté de l'articulation alvéolo-dentaire.

Ce *modus operandi* se fait très aisément lorsque nous nous trouvons en présence de canaux droits, élargis et facilement accessibles.

Nous nous trouvons souvent en face de canaux de racines de grosses molaires supérieures coudées, qu'on n'a pas osé élargir mécaniquement, dans la crainte de faire de faux canaux.

Dans ce cas, la dent ayant été laissée en observation un peu plus longtemps, on procèdera comme précédemment en ayant soin de ne pas trop faire de pression sur les débris de filets radiculaires qui subsistent.

Dans le cas de faux canal, provoqué soit par la carie, soit par une manœuvre opératoire, on obturera tout d'abord ce faux canal avec de l'amalgame de cuivre, on procèdera ensuite à l'obturation ordinaire du canal.

Quand, sur une racine, on doit monter une dent à pivot, on tasse la matière obturatrice au fond du canal qu'on recouvre d'une matière isolante.

Conclusion. — Quelle que soit la matière obturatrice employée, si les conditions d'asepsie du côté de l'opérateur d'abord, du côté du champ opératoire ensuite, ont été respectées au cours du traitement en général, au cours de l'obturation du canal en particulier, nous aurons acquis la presque certitude du succès de l'opération.

Tout instrument qui touchera les canaux devra avoir été flambé auparavant.

On évitera les lésions du ligament alvéolo-dentaire, toujours très douloureuses pour le patient et toujours très longues à guérir.

On n'obturera jamais définitivement une dent avant de l'avoir mise en observation au moins pendant huit jours.

REVUE DES REVUES

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES INFECTIONS CHRONIQUES DU PROCÈS ALVÉOLAIRE

Par Arthur D. Black, de Chicago.

En étudiant les foyers d'infection de la bouche, nous trouvons deux groupes d'infection : l'abcès alvéolaire et la poche de pus le long de la racine de la dent.

Le premier n'est que la conséquence de la mort de la pulpe ; la seconde ne se produit que s'il y a rupture primitive de la gencive. Pour la prévention, il faut donc rechercher les causes qui amènent le premier et la seconde ; il faut aussi savoir ce qui peut arriver à partir de la mort ou de l'enlèvement de la pulpe qui cause l'abcès, ainsi que les changements survenant dans le périoste.

Si l'on surveille les dents avec assez de soin pour pouvoir découvrir les cavités quand elles sont petites et conserver ainsi intact l'émail de la dent ou du moins empêcher une atteinte profonde de la dentine, on préviendra la mort de la pulpe. Ce qui prouve que nous n'avons pas parfaitement réussi à cet égard, c'est que très peu de gens arrivent à l'âge adulte sans avoir perdu la pulpe d'une ou de plusieurs dents, et cependant, si nous devons faire des progrès dans la prévention des abcès alvéolaires chroniques, je crois que ce sera surtout en empêchant la pulpe d'être atteinte et non en perfectionnant le traitement des canaux radiculaires bien qu'un maniement plus soigneux de ces canaux doive restreindre le nombre de ces abcès.

Il faut détruire moins de pulpes. Nous y parviendrons principalement en faisant l'éducation de nos patients quant au besoin de soins dentaires plus complets, puis en nous livrant à des examens plus soigneux de la bouche pour dépister la carie quand elle est si petite que nous pouvons faire des obturations sans que la pulpe soit mise en cause.

Pour le périoste, il faut envisager le parallélisme de ces infections et leur survenance par rapport à l'autre groupe provenant de la mort de la pulpe. L'émail est le véritable tissu protecteur contre la lésion de celle-ci. Il faut donc se reporter à la structure de la gencive.

Celle-ci est un tissu protecteur ; c'est sa principale fonction, et

elle est faite pour protéger le périoste comme l'émail est fait pour protéger la pulpe ; elle est remarquablement parcourue par des vaisseaux sanguins. De longues branches ténues de tissu conjonctif traversent l'épithélium près de la surface, de sorte qu'il peut aisément se former un nouvel épithélium quand il le faut et qu'il guérit promptement quand il est lésé. Il résiste aussi bien que les autres tissus mous du corps. Il faut donc examiner la gencive au point de vue des lésions comme nous examinons l'émail pour la carie, et si nous découvrons la plus légère inflammation, il faut en corriger la cause, en pratiquant la dentisterie préventive appliquee aux maladies chroniques du périoste.

Je présente ci après une statistique établie quant aux infections péridentaires et aux abcès alvéolaires, en étudiant un peu les causes de la gingivite, parce que, pour faire quelque chose en matière de prévention des maladies du périoste, il faut examiner la gencive, où commencent toujours les maladies du périoste.

Malheureusement, je ne puis pas vous exposer de même les causes de l'abcès alvéolaire chronique, car nous en savons fort peu de chose ; nous savons seulement que ces abcès suivent la mort de la pulpe.

Je me suis livré pendant trois ans à des recherches pour déterminer la cause des infections intéressant les maxillaires : j'ai pris la radiographie de la bouche de près de 800 sujets, sans examen préalable de l'état de la bouche ou de la santé de ces individus : en d'autres termes, ce n'étaient pas des gens venant parce qu'ils étaient atteints d'une maladie constitutionnelle ni connus pour avoir une infection buccale chronique. Ces radiographies avaient pour but d'établir le pourcentage des sujets ayant des abcès alvéolaires chroniques et des poches chroniques purulentes autour des racines des dents, car c'est là pour nous une chose essentielle à connaître.

Ces tableaux sont établis d'après 6.000 petits films buccaux pour 600 sujets, 10 films étant pris pour chaque bouche. J'ai examiné les films soigneusement et noté la destruction de l'os du procès alvéolaire causée par les infections péridentaires débutant à la gencive. Avec ces données j'ai dressé le tableau n° 1 qui a trait aux poches purulentes.

Ce tableau est dressé uniquement d'après les radiographies, et je n'ai pas vu la plupart des cas qui y figurent. Les poches purulentes peu profondes qui n'ont pas encore atteint l'os ne figurent naturellement pas dans le tableau, les poches étaient assez profondes pour montrer dans la radiographie une destruction nette de l'os du procès alvéolaire, de sorte que dans une certaine mesure du moins ces chiffres sont au-dessous des pourcentages réels des

TABLEAU N° I (Infections péridentaires).

AGE	NOMBRE de sujets	NOMBRE moyen de dents par personne	NOMBRE de sujets avec destruction osseuse sur les côtés de la racine	POURCENTAGE dont l'os est intéressé	MOYENNE des infections par personne par nombre entier
20 à 24	146	29.5	18	13	0.6
25 à 29	119	28.5	34	29	2.0
30 à 39	146	26.5	101	68	5.7
40 à 49	111	24	87	77	7.1
50 et au-dessus	78	22	69	88	9.0
TOTAUX.	600	26.5	319	53	5.0

infections périostiques. D'autre part, pour les personnes plus âgées de ce groupe, il y a été compris quelques sujets connus pour avoir des maladies du périoste lorsqu'ils ont été examinés. Cela aurait pour effet d'élever un peu le pourcentage de l'infection. Je me demande s'il n'y aurait pas compensation entre les deux. Les chiffres ne sont pas éloignés de la vérité, et l'on peut en faire usage sans hésiter. Sur les 600 personnes, environ 350 étaient des élèves des deux classes supérieures de notre école pour deux ans et, certes, ces hommes sont au-dessus de la moyenne pour la santé et au moins au-dessus de la moyenne quant à l'état de la bouche.

Les chiffres sont groupés par âge.

Il est intéressant de noter le nombre moyen de dents par personne dans les divers groupes.

En comptant le nombre de personnes dont l'os du procès alvéolaire était détruit, on a compté la personne n'ayant qu'une seule poche comme celle en ayant 15 ou 20, mais la dernière colonne donne le nombre moyen de poches par personne.

Au-dessus de 50 ans, il y a non seulement augmentation très marquée du nombre des individus ayant des poches purulentes à mesure que l'âge avance, mais aussi une forte augmentation du nombre des zones par bouche.

Sur les 600 adultes, 53 o/o présentent une destruction osseuse de l'os le long des racines des dents avec une moyenne de 5 poches par personne. C'est là un chiffre élevé, et cependant je pense qu'il n'est pas loin de la moyenne. Certains milieux donneraient certainement un pourcentage moindre et d'autres un peu plus élevé.

Un tableau semblable (n° 2) a été dressé pour montrer la fréquence de l'abcès alvéolaire dans le même groupe d'individus.

TABLEAU 2 (Abcès alvéolaire).

AGE	NOMBRE de sujets	NOMBRE moyen de dents par personne	NOMBRE de sujets avec destruction osseuse à l'apex des racines	POURCENTAGE dont l'os est intéressé	MOYENNE des abcès par personne par nombre entier
20 à 24	146	29 5	77	52	1 4
25 à 29	119	28 5	60	51	1.3
30 à 39	146	26.5	92	63	1.4
40 à 49	111	24	65	59	1.5
50 et au-dessus	78	22	39	50	1.3
TOTAUX.	600	26.5	333	55	1.4

La plus forte proportion de sujets présentant des abcès alvéolaires est de 30 à 39 ans ; elle a été réduite les années suivantes par l'extraction de ces dents.

En dressant ce tableau, je n'ai compté comme abcès que les zones présentant une destruction osseuse bien nette. Quand la destruction de l'os était douteuse dans un cas particulier, celui-ci n'était pas compté. D'aucuns diront peut-être qu'il y avait un certain nombre de *granulomes* et non d'abcès ; mais pour les besoins de la statistique, j'ai qualifié d'abcès alvéolaires toutes les zones raréfiées.

TABLEAU 3 (Infections périostiques et abcès alvéolaires).

AGE	NOMBRE de sujets	NOMBRE moyen de dents par personne	NOMBRE de sujets ayant des infections périotisques ou apicales ou les deux	POURCENTAGE de sujets ayant des infections chroniques des os maxillaires
20 à 24	146	29.5	89	57
25 à 29	119	28.5	35	64
30 à 39	146	26.5	119	88
40 à 49	111	24	100	90
50 et au-dessus	78	22	77	98
TOTAUX.	600	26.5	469	78

Le tableau 3 est une combinaison des chiffres des poches purulentes et des chiffres des abcès alvéolaires, car un grand nombre des individus avaient les deux natures de lésions. Dans ce tableau, un individu ayant un abcès alvéolaire ou une poche purulente ou les deux était comptée pour une.

En d'autres termes, 3 des personnes sur 4 au-dessus de 20 ans venant à nous comme patients ont des infections de l'os maxillaire. Si ce que disent quelques praticiens touchant ces cas était vrai, beaucoup d'entre nous devraient être morts. Bien entendu, c'est uniquement la belle résistance qu'offrent les tissus en arrêtant les infections qui a sauvé de la mort la plupart d'entre nous, et c'est là un facteur très important à prendre en considération quand on étudie ces cas.

Ces chiffres peuvent ne pas être rigoureusement justes. 600 examens signalés par un individu ou un groupe d'individus ne suffisent pas pour donner des chiffres absolus. Si la même chose était faite par 8 ou 10 groupes dans diverses parties du pays, et si tous les chiffres étaient réunis, les indications seraient plus exactes ; mais que ces chiffres soient exacts ou non, ils sont assez approchés pour nous donner un aperçu de la situation que la plupart d'entre nous n'avaient sans doute pas avant.

Il y a dans ces deux groupes de cas les mêmes changements pathologiques en ce qui concerne la chronicité. La poche purulente le long de la racine devient un état nettement chronique avec détachement du périoste d'après la surface du cément. Les changements survenant dans le périoste, le procès alvéolaire et le cément sont presque identiques dans la poche purulente le long de la racine et dans l'abcès alvéolaire à l'extrémité de la racine.

Dans l'abcès alvéolaire chronique il y a destruction des fibres du périoste et des cémentoblastes situées à la surface du cément, ce qui dénude ce dernier. Cette portion du cément devient suppurante, et il n'y a pas d'espoir que le tissu s'y rattache. L'extrémité radiculaire devient un irritant constant pour le tissu environnant. Les extrémités des fibres du périoste qui étaient attachées à l'os sont détruites, ainsi qu'une portion de l'os.

Il ne se produit pas la même résorption physiologique du procès alvéolaire, car l'os, à l'extrémité de la racine, n'est pas normalement résorbé à la suite de l'extraction de la dent. Par conséquent, la destruction de l'os vers l'apex de la racine est entièrement pathologique. C'est là une différence importante dans les changements survenant dans les tissus avec le développement de ces deux types d'infection chronique.

La profession semble avoir universellement renoncé à l'espoir d'un rattachement du tissu à la surface de la racine en cas

d'abcès alvéolaire chronique. Je ne vois pas pourquoi beaucoup de praticiens contestent qu'avec des poches de pus le long de la racine, cas où les conditions pathologiques et les possibilités de réparation sont identiques, il y ait probabilité de rattachement du tissu.

Dans l'étude de presque toutes les maladies, on constate que les mesures préventives de cette maladie ne se sont développées qu'à mesure que la pathologie en a été connue. D'abord, les symptômes seuls sont traités ; puis, à mesure que la pathologie se développe, le traitement devient plus logique et est appliqué plus exactement aux changements réels qui surviennent ; plus tard encore, quand la cause véritable de la maladie est connue, le traitement préventif peut être appliqué à cette cause.

Il faut procéder de même pour les maladies du périoste. Notre première pensée doit être de remonter à la gencive.

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies du périoste pensent pour la plupart que le plus grand nombre des poches de pus sont dues à des dépôts de calculs salivaires. Cela est faux, à mon avis ; seule, une faible proportion est due à cette cause, la majorité étant due à des dépôts de calculs sériques sur l'émail (et non sur le cément) et à des lésions de la gencive.

Pour obtenir des renseignements sûrs, j'ai prié, il y a quelques années, un certain nombre de praticiens, disséminés sur l'ensemble des Etats-Unis, de faire l'examen critique de la gencive d'environ 25 patients chacun et de me signaler les causes de la zone de gingivite. Je les priai d'écarter les cas dans lesquels il y avait des poches de pus et de ne mentionner que ceux où il y avait des zones de gingivite sans détachement sérieux du périoste. Le résultat de ces examens est consigné dans le tableau 4

TABLEAU 4.

Zones de gingivite trouvées dans les bouches de 500 adultes, d'un âge moyen de 26 ans 3.

Nombre	de bouches indemnes de gingivite : 25, soit 5 0/0		
—	de zones dues à des dépôts de calculs salivaires		1.348
	Dans les bouches de 198 sujets 7 zones 8 par sujet.		
	Pourcentage de personnes ayant des dépôts salivaires	39.6	
	Pourcentage de zones dues à des dépôts salivaires	31.6	
—	de zones dues à des dépôts de calculs sériques		563

Dans les bouches de 75 personnes 7 zones 5 par sujet		
Pourcentage de personnes ayant des dépôts sériques	15	
Pourcentage de zones dues à des dépôts sériques	13.1	
Nombre de zones dues à des lésions.		
Mauvais bords d'obturations ou de couronnes	783	
Absence de contact d'obturations ou de couronnes	496	
Contact impropre d'obturations ou de couronnes	305	
Malpositions ou formes atypiques des dents.	263	
Manque de contact, pas de caries	255	
Carie des faces proximales	233	
Contact usé	19	
Ensemble		2.364
Pourcentage de zones	55.1	
Total des zones de gingivite dans 475 bouches		4.265

soit 8 zones 5 par personne pour les 500 personnes examinées.

Dans le décompte des 1.348 personnes chaque côté de chaque dent était compté pour une seule zone. Si une personne avait un dépôt sur le côté lingual des 6 dents antérieures du bas, nous comptions cela pour 6 zones; si c'était à la fois du côté lingual et du côté labial, nous comptions cela pour 12 zones.

1/3 de toutes les zones était attribué à des calculs salivaires. Les sujets d'un âge moyen plus élevé présentent sans aucun doute un pourcentage plus grand de ces dépôts.

Rappelons que c'est seulement dans un petit nombre de cas que les poches de pus se forment comme conséquence de dépôts de calculs salivaires. D'ordinaire le dépôt détruit tout le tissu mou sus-jacent sans former de poche.

Si l'on totalise les zones dues à de mauvais bords, au manque de contact et au contact impropre des obturations et des couronnes, on trouve 1.584 ou 37 0/0 de toutes les zones de gingivite ; c'est-à-dire que le dentiste a l'occasion par une technique plus exacte d'éliminer plus de 1/3 des causes excitantes de la gingivite, ou bien on peut dire que les dentistes causent 1/3 de ces inflammations.

Les dentistes ne laisseraient pas tant d'opérations en mauvaise forme s'ils se rendaient compte du dommage qu'éprouve la gencive et plus tard le périoste. Il faut donc nous montrer plus soigneux dans nos observations de la gingivite. Nous ne donnerons

jamais ces soins comme nous devrions tant que nous ne consignerons pas par écrit chaque zone d'inflammation, ce qui peut se faire par un moyen bien simple : un symbole ou nombre indiquera un dépôt de calcul salivaire, un autre un calcul sérique et un autre une lésion, comme un dépôt de détritus alimentaires entre les dents, etc. Les types de lésions peuvent être subdivisés. Quiconque élaborera un projet simple et s'en servira constatera qu'il voit beaucoup plus qu'il ne voyait en faisant des examens de bouche.

Notre méconnaissance de la connexité existant entre la gingivite simple et la formation d'une poche purulente est due surtout à ce que les changements dans les tissus durent pendant très longtemps ; souvent il s'écoule 5 à 10 ans de la première à la seconde, ou bien celle-là n'a pas été reconnue ou elle a été oubliée quand la poche a été découverte.

Je me permets de vous rappeler une série de photogravures représentant chacune une phase de la marche de l'infection péridentaire et insérées dans l'ouvrage de mon père sur la pathologie dentaire.

Dans la première il s'agit d'une obturation mésio-occlusale placée dans une première molaire sans restaurer le contact voulu, ce qui permettait aux aliments de se loger entre les deux dents. La gencive avait été refoulée un peu vers les faces buccale et linguale; elle était légèrement enflée et décolorée dans les deux embrasures. A ce moment il n'y avait pas de maladie du périoste. C'est une simple lésion de la gencive, diminuant la résistance et ouvrant un champ fertile à l'entrée des micro-organismes.

La seconde représente également un cas de contact libre avec poche peu profonde sur la face proximale d'une dent. On pouvait enfoncer une lame mince à 3 mm. sous la gencive. C'est une phase dans laquelle le groupe des fibres périostiques qui traverse l'espace interproximal a été brisé ; par suite, la possibilité de maintenir un bon contact entre les dents n'existe plus. Même quoique un contact ait été établi, la poche est déjà si profonde que les dents se sépareront davantage en avant et que le contact ne peut pas être maintenu.

Dans la 3e le périoste est détaché des faces proximales des deux dents, la poche a 5 ou 6 mm. de profondeur. Le rétablissement de l'état normal n'est plus possible. L'os interproximal est détruit à la profondeur de la poche et une grande partie du tissu mou a disparu, de sorte qu'il y a une cavité profonde dans celui-ci entre la gencive buccale et la gencive linguale.

D'autres figures représentent la formation d'un abcès latéral aigu dans une des poches et la destruction de tissu que cela a causée.

Tous ces cas commencèrent par une gingivite et auraient pu

être guéris avant que le périoste fût lésé. C'est ce type de traitement préventif qui est nécessaire pour la maladie du périoste.

Si nous nous pénétrons de cette idée qu'une très forte proportion de cas intéressant le périoste sont dus à des contacts impropres des dents et si, en songeant à la destruction graduelle de ce tissu, nous arrivons à considérer que presque toutes ces zones de gingivite peuvent aisément se guérir par une opération simple, comme le rétablissement du contour d'une obturation, le remplacement d'une obturation, le creusement d'une cavité dans une dent non cariée, le placement d'une obturation pour rétablir le contact, etc., nous empêcherons chaque fois la formation d'une poche purulente et nous ferons de la dentisterie préventive.

Les dépôts de calculs sériques sur l'émail sous le bord libre de la gencive méritent aussi une attention spéciale comme cause d'infection péridentaire. C'est le seul type de dépôt de calcul qui doive être considéré comme la cause de la formation de poches de pus. Un dépôt sur l'émail amène de l'inflammation de la face interne de la gencive libre et l'infection chemine par les vaisseaux lymphatiques jusque dans le périoste, ce qui amène la destruction de ce tissu.

Quand une poche a été formée le long de la racine, on trouve d'ordinaire un dépôt de calculs sériques à la surface du cément ; mais ce dépôt ne doit pas être considéré comme la cause de la formation de la poche, parce que le dépôt n'est sur le cément qu'après la formation de la poche à cette profondeur. Quand le dépôt est sur le cément, il devient une nouvelle cause de destruction du tissu plus profondément, mais ce n'est pas la cause de la formation de la poche elle-même. Il faut donc regarder le dépôt de calcul sérique sur l'émail et les zones de la gingivite provoquée par des lésions pour arriver aux causes réelles de la formation des poches purulentes.

Il faut aussi reconnaître un groupe de cas dans lesquels l'état constitutionnel semble être la cause, puisque nous ne trouvons pas de causes locales. La forme et les contacts de la dent sont parfaits et il n'y a pas de dépôt de calculs ; il doit donc y avoir une raison pour la survenance de ces poches. J'ai fixé, peut-être sans raison suffisante, le nombre de cas dus à l'état constitutionnel à 5 o/o, celui des cas dus à des dépôts sériques sur l'émail et à des lésions mécaniques à 95 o/o.

Nous devrions prévenir beaucoup plus de cas de lésions sérieuses du périoste que nous ne l'avons fait. Le succès à cet égard dépend : 1° de la relation que nous établissons entre la gingivite et la maladie du périoste ; 2° de l'éducation des patients nous permettant de faire le traitement préventif nécessaire.

J'ai à vous présenter un dernier tableau (nº 5), d'après les 6.000 radiographies, sur l'état des obturations radiculaires et la survenance d'abcès alvéolaires. Dans la bouche des 600 personnes radiographiées il a été fait 1510 obturations de racines. Les dents ont été divisées en 2 groupes : celles ayant de grands canaux et celles à petits canaux Les centrales, cuspides, 2e bicuspides, racines linguales des molaires du haut ; les cuspides, bicuspides et racines distales des molaires du bas furent rangées dans le premier groupe ; les autres dans le 2e groupe. Les radiographies des 1510 obturations radiculaires furent classées comme *bonnes* ou *médiocres*. J'ai classé une obturation comme *bonne* quand la gutta avait rempli en apparence la portion apicale du canal ou, la gutta n'atteignant pas l'apex, quand je ne pouvais pas voir un canal ouvert au delà de la gutta. Toutes les fois que l'obturation du canal radiculaire n'atteignait pas l'apex et que je ne pouvais voir quelque chose du canal ouvert, je classais comme *médiocre*. Bien entendu si quelque chose faisait saillie dans l'extrémité du canal, je classais comme médiocre.

Tableau 5

DRESSÉ D'APRÈS 6.000 RADIOGRAPHIES DE DENTS ET D'OS ADJACENTS DES BOUCHES DE 600 ADULTES.

Abcès en relation avec des obturations radiculaires.

Bonnes obturations radiculaires.

Grands canaux.	343		Nombre d'abcès.	31	
Petits canaux..	184		— —	19	
		527			50

Médiocres obturations radiculaires.

Grands canaux.	570		Nombre d'abcès.	356	
Petits canaux..	413		— —	271	
		983			627
		1.510			677

Pourcentage d'abcès pour toutes les obturations radiculaires.				45
— —	les bonnes	—	—	9
— —	les médiocres	—	—	63

Nous ignorons combien de ces dents étaient abcédées avant le placement des obturations radiculaires; mais certainement le nombre d'abcès suivant les bonnes obturations radiculaires est moindre que 9 0/0. Ne pas oublier que ces obturations ont été

faites par des opérateurs de toutes catégories et sans aucun doute beaucoup furent faites il y a des années avant que la profession fût pénétrée de l'importance d'une technique très soignée. J'estime que l'opérateur soigneux d'aujourd'hui doit avoir beaucoup moins de 5 o/o d'infections apicales suivant les obturations radiculaires.

Ce tableau doit nous inspirer la pensée qu'avec la technique actuelle nous avons des chances de ne pas avoir d'infection sur les racines des dents si nous enlevons délibérément les pulpes et obturons le mieux possible. Je ne veux pas dire par là que nous devions négliger la conservation de la pulpe, car il est hors de doute qu'il vaut mieux avoir une pulpe vivante dans une dent ; mais je n'éprouve aucune inquiétude en enlevant la pulpe d'une incisive centrale supérieure, d'une cuspide ou d'une dent avec une racine passablement droite avec un canal passablement large. Ne pas oublier que les 3/4 environ de toutes ces obturations radiculaires ont été classées comme médiocres, ce qui doit nous inspirer le désir de perfectionner notre traitement des canaux radiculaires.

En terminant je vous soumets un plan d'étude de l'état de la pulpe et de l'abcès alvéolaire. Nous ne savons pas ce qui cause l'abcès alvéolaire chronique, si ce n'est qu'il arrive après la mort ou l'enlèvement de la pulpe quelque chose qui amène la destruction du tissu vers l'apex de la racine.

Nous savons que, si cette pulpe reste morte dans une dent, elle s'infectera, que les tissus environnant l'apex peuvent s'infecter et être détruits. Mais cela n'explique pas le grand nombre d'abcès alvéolaires sur des dents dont les pulpes vivantes ont été enlevées. Pourquoi ces abcès ? Je pense que personne ne le sait exactement.

On en a donné beaucoup de raisons : l'emploi de l'arsenic, l'emploi de la cocaïne, mais ce n'est pas prouvé. Je pense que beaucoup d'abcès sont causés par les médicaments scellés dans les canaux. Les préparations contenant de la formaline détruisent le tissu si elles traversent l'apex. Si vous prenez un agent que vous avez l'habitude de mettre dans un canal radiculaire et si vous l'appliquez contre votre bras sous un morceau de digue pendant 48 heures, vous aurez un exemple de ce que cela fera aux tissus mous. Nous devons connaître l'effet possible de chaque agent que nous employons dans les canaux radiculaires et savoir s'ils sont nuisibles ou non aux tissus mous.

Nous avons établi dans notre école un plan d'enregistrement de ces cas qui pourrait être employé par les dentistes des villes comme moyen d'information, c'est en réalité l'historique de chaque cas pulpaire. Ce tableau (nº 6) est imprimé sur une enveloppe.

ECOLE DENTAIRE DE L'UNIVERSITÉ DU NORD-OUEST

HISTORIQUE D'UN CAS DE PULPE DENTAIRE

(TABLEAU N° 6)

ETUDIANT : ____________

Nom du patient ____________ *Age* ____________

Numéro du patient ____________ *Adresse* ____________

DENT		DIAGNOSTIC							COULEUR		EXTRACTION					TRAITEMENT				OBTURATION		OBTURATION RADICULAIRE							RADIOGRAPHIE SUBSÉQUENTE				COULEUR	
Droite	Gauche	Vivante, normale	Vivante, hyperhémie	Vivante, carie	Morte, pas d'abcès	Abcès léger	Extraction de l'abcès	Radiographie antérieure	Normale	Décoloration	Arsenic	Cocaïne avec pression	Infiltration	Conductibilité	Date de l'extraction	Créosote	Eugénol	1, 2, 3		Gutta	Ciment	Longueur en mm	Gutta	Chloro-per. et Gutta-per.	Apex inaccessible	Bonne	Passable	Résection	Os	Abcès léger	Extraction de l'abcès	Incertaine	Normale	Décoloration

L'histoire y est consignée à mesure que le processus se développe. Les radiographies sont conservées dans l'enveloppe. Si la pulpe est morte ou si la racine a été obturée antérieurement, le patient est invité à se faire radiographier à nouveau avant le commencement du traitement.

Supposons qu'une radiographie d'aujourd'hui présente un abcès à l'apex d'une dent traitée par vous il y a 5 ans. Combien d'entre vous conservent des renseignements leur permettant de savoir ce qui a causé l'abcès ? Savez-vous autre chose si ce n'est que vous avez traité la dent ?

Voici ce que je vous propose d'enregistrer : 1° mentionner la dent, puis l'état de la pulpe. Prendre une radiographie si elle est morte ou si la dent a été traitée antérieurement. La méthode de destruction et d'enlèvement est mentionnée avec la date, puis pour chaque traitement l'agent et la date, enfin le procédé de scellement. Mention est prise de la nature de l'obturation radiculaire et une radiographie de celle-ci est faite. Les radiographies du cas sont classées avec l'historique dans l'enveloppe. Nous nous proposons de radiographier autant de cas que nous pourrons un an environ après la pose des obturations radiculaires et de mentionner l'état, pour comparer les résultats des diverses méthodes.

Si nous pouvions réunir, dans 2 ou 3 ans, 1.000 ou 2.000 de ces fiches remplies, nous pourrions dresser une statistique ayant quelque valeur. Supposons 1.000 cas d'emploi de l'arsenic et supposons que nos radiographies subséquentes signalent que 3 ou 400 avaient des abcès. Cela nous apprendrait que nous devons y renoncer. Si un petit nombre seulement présentaient des abcès, nous estimerions qu'il n'y avait pas d'inconvénient à employer l'arsenic. Quant aux médicaments, ceux qui donneraient les meilleurs rapports sur 1.000 ou 2.000 de ces fiches seraient employés de préférence aux autres. Je pense que c'est là un excellent moyen d'avoir des indications précieuses et ce n'est que lorsque nous aurons des données exactes et sûres touchant la cause des abcès alvéolaires chroniques que nous pourrons modifier nos méthodes de traitement d'une manière pratique et scientifique.

(*Dental Summary*, octobre 1919).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RAPPORT DE M. MIÉGEVILLE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 6 JUILLET 1920.

Mes chers confrères,

Aux termes de l'article 13 du règlement intérieur « tous les ans, à la séance de juillet, le secrétaire général fait, au nom du Bureau, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année écoulée ». C'est ce rapport que je vous présente, en vous remerciant de l'honneur que vous m'avez conféré et de la marque de confiance que vous m'avez témoignée par vos suffrages, qui m'ont porté au poste de secretaire général.

Les conditions étant redevenues à peu près normales et presque tous nos confrères mobilisés ayant été rendus à la vie civile, lorsque le nouveau Bureau est entré en fonctions, son rôle s'est trouvé singulièrement facilité.

Sa légitime préoccupation a été d'assurer la régularité des réunions mensuelles et d'établir pour chacune un ordre du jour substantiel, comprenant des communications aussi intéressantes que variées. C'est à vous qu'il appartient de juger s'il y a réussi.

Depuis octobre la Société a compté 10 séances du soir consacrées à des travaux écrits théoriques et une séance de démonstrations pratiques en janvier dernier. Les premiers ont été au nombre de 33 et les secondes au nombre de 13 ; au total 30 confrères ont figuré sur la liste des auteurs, dont 10 démonstrateurs ou présentateurs.

L'anesthésie a fourni à M. Roy le sujet d'une communication intitulée *Technique de l'anesthésie locale en vue de l'extraction de la dent de sagesse inférieure*, suivie d'une longue discussion qui a posé et précisé les princi-

pes d'une bonne et sûre anesthésie locale dans les cas difficiles de notre pratique journalière.

L'histologie a été représentée par de savantes communications de M. le professeur agrégé Retterer, qui a bien voulu nous apporter le fruit de ses patientes et délicates recherches. Vous avez pu lire dans l'*Odontologie* des 30 novembre 1919 et 30 mars 1920 ces mémoires : *De la dent ; l'origine de la structure de la dentine et de l'émail. Du cortical osseux ou cément*, qui montrent sous un jour nouveau les problèmes si complexes et si discutés posés par ces découvertes histologiques.

M. Retterer nous a également, dans la séance de mai, fait part de ses *observations sur les enfants et sur les chiens au point de vue de l'évolution et de la structure de l'émail*, qui ont été accueillies avec autant de faveur.

A la même séance M. Raynal, de Marseille, nous a adressé une *note sur l'examen de l'émail dentaire normal humain pratiqué dans la lumière polarisée (biréfringence et colorations interférentielles)* qui, en raison de l'absence de l'auteur, n'a pu être mise en discussion.

Enfin tout à l'heure encore M. Retterer nous a entretenus *De la structure de la dent composée* ; il a jeté de la lumière sur cette question un peu obscure et toujours controversée ; nous ne saurions lui en être trop reconnaissants.

En dentisterie opératoire, M. Roy nous a parlé d'un phénomène, qu'il a observé et dont la constatation offre un utile enseignement : *Décomposition électrolytique du métal dans la bouche.*

M. G. Villain, en nous exposant les *modifications apportées à la technique du traitement des canaux radiculaires de 1914 à 1919*, nous a fait un résumé de travaux intéressants, s'appuyant notamment sur des recherches de laboratoire et de radiologie faites en Amérique, pendant la période de guerre, et que nous ne devons pas ignorer.

La recherche par l'iode de la dentine cariée a été

l'objet d'une communication de M. Eugène Darcissac, qui en juin 1913 avait déjà abordé cette question avec le titre : *La coloration par l'iode de la dentine cariée.*

Afin de nous montrer la place importante que doit tenir aujourd'hui l'examen radiologique en odontologie et les renseignements très précis fournis par cet examen, même au début des lésions, M. Paul Aimé a traité *la radiographie dans le diagnostic et le traitement des lésions périapicales.*

Le traitement des dents par la méthode électrolytique a fait l'objet d'un travail que nous a soumis M. C. Guébel.

L'orthodontie, cette spécialité si intéressante, a fait l'objet d'un travail de M. Quintero (de Lyon) « *Importance de la première molaire permanente au point de vue de l'orthodontiste* », qui n'a pu être discuté en raison de l'absence de l'auteur, mais que chacun a pu lire dans l'*Odontologie* de janvier 1920.

M. G. Villain nous a montré *les progrès récents réalisés en orthodontie et en orthognathie* ; dans cette communication, à côté d'un historique précis, l'auteur a fourni une précieuse documentation sur les procédés nouveaux de cette science passionnante, qui offre un champ illimité à l'ingéniosité du praticien.

En pathologie dentaire nous avons, à la séance d'octobre, discuté les communications sur la pyorrhée alvéolaire faites par MM. Roy et Mendel Joseph dans la session 1918-1919.

A la séance de janvier nous avons eu la bonne fortune d'entendre une savante et intéressante conférence sur *l'évolution clinique des Kystes dentaires*, par M. le Dr Dufourmentel, suppléant M. le Professeur Sebileau, empêché, qui a mis de l'ordre et de la clarté dans cette question si importante dont la thèse de notre confrère Chenet avait été le prélude.

M. Mendel Joseph, avec l'autorité, le savoir et la précision qui le caractérisent, a traité *Les foyers infectieux*

périapexiens et la question de leur retentissement sur l'état général, qui a donné lieu à une discussion approfondie, et nous a montré les dangers d'une application systématique des nouvelles théories américaines ; elles doivent cependant retenir toujours notre attention et nous faire redoubler de minutie dans nos soins journaliers.

M. Debat nous a apporté le résultat de ses observations sur *la collaboration des dentistes et des médecins* et il a montré combien cette collaboration est précieuse et peut être féconde, notamment pour déceler et traiter la syphilis.

M. Wallis-Davy nous a présenté une observation sur une éruption tardive de deux prémolaires inférieures du côté gauche chez un sujet de 73 ans.

La prothèse, cette branche capitale de l'art du dentiste, a donné lieu à des travaux qui ont tout spécialement retenu votre attention et provoqué des discussions intéressantes et fructueuses : *Essais d'articulation intra-buccale,* par M. Ruppe, dont la science, l'ingéniosité en mécanique dentaire sont bien connues de tous (séance de novembre).

A la séance de décembre ce confrère nous présentait *un appareil pour déterminer et situer le plan d'occlusion* dans les cas de prothèse d'édentés et permettant aussi de trouver les rapports du plan d'occlusion avec le plan de Camper, appareil auquel il donnait le nom d'occlusal.

En novembre, M. Rosenthal nous a présenté un instrument des plus ingénieux : *Le stabilisateur dentaire,* permettant de résoudre rapidement la question du parallélisme et facilitant la préparation des piliers de bridges amovibles.

M. Huet (de Bruxelles) nous a indiqué *l'application de quelques données scientifiques au meulage et au fraisage des dents,* question qu'il étudiait patiemment depuis plusieurs années.

A la séance de mars M. Ruppe nous a présenté *une malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur droit* et portant l'appareil construit par lui, avec son habileté habituelle, pour remplacer ce maxillaire.

Dans la même séance M. H. Villain nous a signalé

l'utilisation des couronnes-crochets en prothèse, qui offrent de nombreux avantages pour les appareils et bridges amovibles.

Les dents à pivots amovibles ont fait l'objet d'un travail que M. Charlet nous a soumis à la séance d'avril. Notre confrère emploie le pivot à gaine, genre Godart, dans tous les cas.

Après lui, M. Paul Housset nous a montré *un appareil d'urgence pour fractures des maxillaires*, paraissant constituer un excellent moyen de contention, qui a retenu longtemps l'attention de la Société.

M. H. Villain nous a présenté dans cette séance un *bridge amovible avec couronne-crochet*, qui lui a permis de revenir sur ce qu'il nous avait dit le mois précédent.

Tout à l'heure encore nous avons eu le plaisir d'entendre traiter par M. Eilertsen un sujet nouveau : *une étude sur l'ivoire plastique avec application à l'art dentaire* et présentation de modèles.

La rubrique *incidents de la pratique journalière*, qui figure judicieusement à tous nos ordres du jour, a provoqué diverses indications dont nous pouvons tous faire notre profit.

M. H. Villain nous a présenté des *plateaux de celluloïd habituellement employés en photographie pour le traitement des plaques* et qu'il a imaginé d'employer *comme plateaux à empreintes*, évitant d'égarer ainsi les parcelles de plâtre brisées.

Il nous a présenté également *deux bridges amovibles*, dont l'un a été fait par un élève de 3e année de l'Ecole, M. Gonon, qui l'a merveilleusement conçu et exécuté.

Une *observation sur un cas d'érosion dite « chimique des dents »*, faite par M. L. Viau à la séance d'avril, a amené un échange d'idées qui n'a pas été dépourvu d'intérêt.

A plusieurs reprises M. Roy a alimenté cette rubrique des *incidents de la pratique journalière* en nous faisant part de cas singuliers ou intéressants ou d'observations relevées par lui dans sa pratique privée, scolaire ou hospitalière.

Notre matériel de laboratoire n'a pas été négligé.

M. Ruppe nous a signalé l'heureuse idée qu'il a eue : *l'adjonction d'une pièce supplémentaire aux moufles pour éviter la fracture du plâtre qui maintient des dents artificielles.*

Les métaux que nous employons en mécanique dentaire ont été l'objet de la part de M. Bennejeant, un spécialiste des plus érudits et des plus documentés en la matière, de patientes recherches dont il nous a apporté le résultat dans son travail *sur la métallurgie appliquée à l'art dentaire* communication que vous avez pu lire dans le numéro de juin de l'*Odontologie.*

Les questions d'intérêts professionnels elles-mêmes ne sont pas demeurées étrangères à nos délibérations : *l'organisation des services dentaires militaires d'après-guerre* a occupé une place dans un de nos ordres du jour.

Vous avez été informés de la réglementation de l'exercice de l'art dentaire au Maroc et en Alsace-Lorraine dans la séance du 4 novembre.

Un expert-comptable, M. Vagné, nous a exposé une *comptabilité simplifiée spéciale aux chirurgiens-dentistes,* susceptible de nous être fort utile comme comptabilité personnelle pour les renseignements à fournir aux contrôleurs des contributions directes, au sujet de l'impôt sur le revenu ; mais il ne faut pas oublier que nous avons une profession libérale et que, par suite, nous ne sommes pas tenus à une comptabilité commerciale.

Il me paraît inutile d'énumérer les présentations et démonstrations pratiques auxquelles nous avons assisté dans la séance du dimanche 11 janvier ; leur succès a été manifeste et vous vous rappelez tous l'affluence de confrères qu'elles avaient attirée.

En résumé, mes chers confrères, aussi bien dans le domaine théorique que dans le domaine pratique, nous avons dans ces dix mois eu une ample moisson de contributions qui ont ajouté leur quote-part aux progrès de l'odontologie, auxquels nous devons tous avoir à cœur de participer dans la mesure du possible.

Cette moisson, c'est à vos efforts, à votre activité qu'elle est due ; aussi le bureau tient-il à adresser ses remerciements à tous ceux qui ont apporté ici le fruit de leurs recherches, de leurs études, de leurs inventions, de leurs perfectionnements, de leur expérience. Il en profite pour rappeler aux jeunes, aux nouveaux venus dans la profession, aux étudiants mêmes, toujours nombreux à nos séances, qu'ils doivent dès à présent se préparer à prendre la succession de leurs aînés, apporter, eux aussi, leur contribution à la Société afin d'alimenter ses réunions pour qu'elle conserve le bon renom et la place qu'elle s'est acquise parmi les organisations odontologiques scientifiques dans le monde entier. C'est à eux qu'il appartient surtout d'entretenir le flambeau de la science dentaire, à mesure que leurs anciens disparaissent.

La session de 1919-1920 de la Société se clot aujourd'hui en même temps que vous allez procéder à l'élection d'un nouveau bureau, chargé de présider vos travaux de la session prochaine, qui s'ouvrira normalement en octobre.

Nous aurons toutefois dans l'intervalle occasion de nous revoir au Congrès de Strasbourg, fixé à la période 26-31 juillet, auquel notre confrère Vichot (de Lyon), qui préside la section d'odontologie de l'A. F. A. S., est venu ici même en janvier dernier vous convier à prendre part. Il a renouvelé son invitation dans l'*Odontologie* d'avril et je crois être l'interprète du bureau, dont les pouvoirs vont expirer dans un instant, en vous adressant un pressant appel à répondre à cette invitation. Nous nous devons à nous-mêmes, nous devons à notre Société et nous devons à la profession, d'assurer un brillant succès à cette réunion qui nous procurera l'indicible joie de fouler cette terre d'Alsace que la force brutale nous avait ravie et que la vaillance des armées alliées a rendue à la France après une séparation de 47 ans.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉLECTIONS AU CONSEIL DE PRUD'HOMMES

L'A. G. S. D. F. nous communique la lettre ci-après qu'elle a écrite à l'occasion des élections prud'hommales au Préfet de la Seine et qui est suffisamment claire et précise pour que nous n'ayons rien à y ajouter.

Association Générale Syndicale des Dentistes de France

Paris, le 30 novembre 1920.

Monsieur le Préfet,

Le 15 novembre 1920 vous avez adressé à M. G. Fouques, chirurgien-dentiste, 7, rue Saint-Philippe-du-Roule, membre de l'Association, une carte d'électeur prud'homme en vue de l'élection d'un conseiller prud'homme patron pour 6 ans, devant avoir lieu le 21 du même mois, en lui attribuant la profession de *fabricant de dents artificielles.*

Permettez-moi de vous faire observer que cette mention est entachée d'inexactitude et ne peut être que le résultat d'une erreur.

Les chirurgiens-dentistes sont, en effet, diplômés régulièrement par les Facultés de Médecine après les études et examens réglementaires, études d'une durée de 5 ans et examens au nombre de 4, et la profession de chirurgien-dentiste est classée parmi les professions libérales au même titre que celle de médecin et d'avocat et n'a, par suite, ni caractère commercial ni caractère industriel.

J'ai, en conséquence, l'honneur de vous prier de vouloir bien faire rectifier la profession qui a été attribuée à tort à M. G. Fouques et de vous retourner la carte d'électeur précitée, qui ne saurait être d'aucun usage pour lui.

Veuillez agréer etc.

Le Secrétaire général,
CERNÉA.

De son côté notre Directeur, M. Godon, ayant reçu une lettre d'électeur libellée de la même manière, a adressé à la Préfecture de

la Seine une réclamation semblable, qui lui a valu la réponse suivante qui lui a donné satisfaction.

MAIRIE
du
9e ARRONDISSEMENT
de
PARIS
—

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté-Égalité-Fraternité
—
PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Paris, le 23 décembre 1920.

Monsieur,

Comme suite à la lettre que vous adressée à M. le Préfet de la Seine le 16 décembre courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître que vous serez rayé de la liste électorale prud'hommale et de la liste électorale consulaire en 1921.

Veuillez agréer, etc.

Le Maire, SAUPHAR.

M. Godon, chirurgien-dentiste, 40, rue Vignon.

L'IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Réponse du Ministre des Finances à une Question écrite

M. Bouilloux-Lafont, député, demande à M. le Ministre des Finances si les médecins et les chirurgiens-dentistes sont assujettis à la taxe sur le chiffre d'affaires instituée par la loi du 25 juin 1920 et réglementée par l'Instruction ministérielle du 29 août 1920 (*Question du* 25 *septembre* 1920).

Réponse. — L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne soumet à l'impôt sur le chiffre d'affaires que les personnes achetant pour revendre ou accomplissant des actes relevant des professions assujetties à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, institué par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917. Les médecins et chirurgiens-dentistes qui se bornent à l'exercice de leur profession libérale, sans y joindre une exploitation commerciale, telle que la vente de médicaments, de râteliers ou fournitures dentaires à des personnes autres que celles qu'ils soignent, ne sont donc pas redevables de l'Impôt sur le chiffre d'affaires puisqu'ils sont assujettis, non à l'impôt cédulaire sur les bénéfices industriels et commerciaux, mais à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales institué par le titre IV de la loi du 31 juillet 1917.

(*Journal Officiel* du 23 novembre 1920.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉCANIQUE DENTAIRE EN AUTRICHE

Nous avons dit en maintes circonstances qu'en dehors du côté doctrinal, sur lequel nous n'avons pas à revenir ici, le fait de réserver l'exercice de l'art dentaire aux seuls docteurs en médecine allait diamétralement à l'encontre des intérêts du public, le véritable intéressé en la matière, le nombre des docteurs dentistes étant très insuffisant pour les besoins de celui-ci.

Ce qui se passe en Autriche est le meilleur commentaire de ce fait évident. Sous l'influence des stomatologistes, ce pays a voulu, en effet, appliquer la stomatologie intégrale, en réservant l'exercice de l'art dentaire aux seuls docteurs en médecine. Or, cette application a eu pour résultat de raréfier le nombre des dentistes à un tel point qu'il a fallu recourir à la loi ci-après, qui constitue un recul considérable par rapport à l'organisation dentaire des pays où n'a pas triomphé la thèse stomatologique.

Et nunc crudimini !

Cette loi [*Gesetz betreffend die Regelung der Zahntechnik* (*Zahntechniker Gesetz*)] a été adoptée le 13 juillet 1920 par l'assemblée nationale de la République autrichienne après un rapport du député Forstner.

Art. 1er. — La mécanique dentaire est une partie de la dentisterie. Elle comprend les travaux technico-mécaniques nécessaires à la confection de pièces de prothèse destinées à la bouche humaine et à la réparation de ces pièces.

Art. 2. — L'exercice de la mécanique dentaire est excepté des dispositions de la loi sur l'industrie.

La fabrication industrielle de dents artificielles (dents minérales) et autres pièces de prothèse dentaire en tant qu'articles de commerce demeure réglée par les dispositions de la loi sur l'industrie.

Art. 3. — La mécanique dentaire ne peut être pratiquée en tant que profession que :

1° Par les médecins ayant le droit d'exercer l'art dentaire ;

2° Par les mécaniciens-dentistes autorisés.

Art. 4. — I. Sont mécaniciens-dentistes autorisés :

a) Les personnes qui, au jour de la promulgation de la présente loi, ont le droit industriel d'exercer la mécanique dentaire dans une localité de la République autrichienne et auxquelles ce droit n'a pas été enlevé après ce jour.

b) Les personnes auxquelles l'autorisation d'exercer la mécanique dentaire a été accordée d'après les dispositions de la présente loi.

II. L'autorisation de pratiquer la mécanique dentaire ne peut être accordée qu'aux personnes qui :

1° Ont le droit d'avoir leur domicile dans une localité faisant partie du territoire de la République d'Autriche,

2° Ne sont interdites ni totalement, ni partiellement, en raison d'une maladie mentale, de faiblesse d'esprit, ou d'abus habituel de l'alcool ou de toxiques nervins,

3° Offrent les garanties voulues pour l'exercice de ce métier,

4° Auront terminé leur troisième année d'apprentissage du métier de mécanicien-dentiste avant le 1er janvier 1921,

5° Peuvent justifier d'avoir été employées au moins pendant six ans comme assistants ou aides mécaniciens-dentistes chez un médecin ou un mécanicien-dentiste autorisé à exercer la mécanique dentaire comme profession indépendante sur le territoire de la République.

III. La durée de l'apprentissage ou de la période d'assistance faits avant le 31 octobre 1918 sur le territoire auquel s'appliquait l'ordonnance ministérielle du 20 mars 1892, en dehors de l'Etat actuel de la République d'Autriche, est considérée comme équivalente à la durée de l'apprentissage ou de la période d'assistance fait sur le territoire de celle-ci.

Art. 5. — Les mécaniciens-dentistes autorisés peuvent aussi exécuter les travaux suivants :

1° Enlèvement des dépôts de tartre, nettoyage des dents, limage des dents et des racines ;

2° Prise d'empreinte en vue de la confection de pièces pour remplacement de dents, dentiers, de couronnes et de bridges ;

3° Essayage de pièces pour remplacement de dents et de dentiers ;

4° Pose de dents artificielles, couronnes, bridges, dentiers, emploi d'appareils de redressement ;

5° Obturation des dents et racines, y compris le traitement des racines.

L'autorisation de l'exercice de la mécanique dentaire ne peut être étendue à d'autres opérations appartenant au domaine de la dentisterie, telles que, notamment, les interventions opératoires sanglantes, extraction de dents, débris de dents et racines, l'administration de l'anesthésie générale ou de l'anesthésie locale par injections. Toutefois, les autorisations plus étendues accordées à quelques mécaniciens-dentistes avant l'entrée en vigueur de la présente loi restent maintenues.

L'emploi de médicaments violents, qui sont prescrits par ordonnance médicale, n'est permis que s'il est nécessité par l'exécution des travaux mentionnés ci-dessus. Les mécaniciens-dentistes autorisés ont le droit de se procurer, dans les pharmacies ouvertes au public, sans ordonnance médicale, les médicaments nécessaires pour cela.

Art. 6. — Pour obtenir l'autorisation d'exercer la mécanique dentaire, le postulant s'adresse à l'autorité du Service sanitaire, au district du lieu où il se propose d'ouvrir son atelier.

L'autorité du Service sanitaire invite, à la suite de chaque demande

de cette nature, les chambres de médecins et les représentants de la profession de mécanicien-dentiste à prendre connaissance auprès d'elle, dans les trois semaines, des pièces fournies par l'intéressé pour justifier de sa capacité. Il appartient à ces deux corporations de présenter dans ce délai un avis sur les pièces établissant cette capacité, ainsi que sur les garanties qu'offre le candidat.

L'autorisation est accordée si ce dernier remplit les conditions personnelles prescrites et dispose d'un atelier répondant aux exigences sanitaires.

Les deux corporations précitées ont un droit de recours au Gouverneur de la province contre l'octroi de l'autorisation, si la décision n'a pas été prise conformément à l'avis qu'elles ont émis dans le délai fixé, d'après le paragraphe 2.

Art. 7. — Les mécaniciens-dentistes autorisés doivent se servir exclusivement du titre de *mécanicien-dentiste autorisé* (befugter Zahntechniker) dans l'exercice de leur profession ; toutes adjonctions ou tous autres titres sont interdits.

Il leur est interdit de faire de la réclame charlatanesque et de rechercher des clients par eux-mêmes ou par des intermédiaires (agents).

Les mécaniciens-dentistes autorisés doivent exercer personnellement leur profession et ne peuvent se faire suppléer par un seul remplaçant que dans des cas spéciaux avec l'autorisation de l'autorité sanitaire.

Ils ne peuvent diriger qu'un seul atelier sans exception.

Le déplacement de cet atelier est subordonné à l'approbation de l'autorité sanitaire.

Art. 8. — Les dispositions de l'article 7, paragraphes 2 et 4, s'appliquent, en ce qui concerne l'exercice de la technique dentaire, également aux médecins qui ont le droit de pratiquer l'art dentaire.

Un règlement d'exécution détermine, conformément au règlement de la profession médicale, les conditions dans lesquelles un médecin peut se servir du titre de chirurgien-dentiste et pratiquer la mécanique dentaire.

Art. 9. — L'autorisation d'exercer la mécanique dentaire est un droit personnel qui s'éteint par la mort du titulaire de l'autorisation.

Les droits des veuves et des enfants mineurs héritiers basés sur les prescriptions légales de loi sur l'Industrie existant avant l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent entiers. Toutefois, un représentant répondant aux exigences de l'article 4, paragraphe 2, doit être désigné pour jouir de l'autorisation.

Art. 10. — L'autorité sanitaire doit retirer l'autorisation d'exercer la mécanique dentaire :

1° Si le mécanicien-dentiste autorisé ne remplit plus les conditions de l'article 4, paragraphe 2, auxquelles l'autorisation a été accordée ou si l'absence primitive et persistante d'une de ces conditions présente des inconvénients ;

2° Si, malgré des peines répétées, l'intéressé a commis à nouveau une infraction aux prescriptions relatives à l'exercice de la mécanique dentaire ;

3° Si l'intéressé n'a manifestement demandé l'autorisation que pour favoriser ainsi la pratique de la mécanique dentaire par son prédécesseur auquel l'autorisation a été retirée, et commet alors la même infraction que celle à cause de laquelle cette autorisation a été retirée à ce dernier.

Art. 11. — Les mécaniciens-dentistes autorisés, ainsi que les médecins qui se livrent exclusivement à l'exercice de l'art dentaire, peuvent employer le personnel auxiliaire nécessaire pour exécuter les travaux technico-mécaniques en dehors de la bouche humaine.

Ils ne peuvent faire exécuter les opérations mentionnées à l'article 5, paragraphe 1, sous leur propre surveillance et leur propre responsabilité que par les auxiliaires ayant accompli avant le 1er janvier 1921 les trois années d'apprentissage de mécanique dentaire prescrites.

Art. 12. — Les contrats d'apprentissage conclus conformément à la loi sur l'industrie avant le jour de l'entrée en vigueur de la présente loi pour apprendre la mécanique dentaire sont maintenus. Les dispositions des articles 99 b, paragraphes 1 à 4 ; 100, § 1 à 4 ; 101, 102, 103 et 104, § 1, de la loi sur l'industrie s'appliquent à ces contrats. Pour le reste, ces contrats sont soumis aux dispositions du Code civil sur le contrat de service.

Dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, ces contrats peuvent être dénoncés par les apprentis sans observation d'un délai de dénonciation.

Les conditions de service des autres personnes employées par les chirurgiens-dentistes et mécaniciens-dentistes autorisés pour l'exécution de travaux de mécanique dentaire sont régies, à partir de l'entrée en vigueur de la présente loi, par la loi du 16 janvier 1910 sur le travail des employés.

Art. 13. — Tous les chirurgiens-dentistes et mécaniciens-dentistes sont tenus, dans les quatorze jours qui suivent l'entrée en vigueur de la présente loi, de déclarer les personnes qu'ils emploient pour exécuter des travaux de mécanique dentaire à l'autorité sanitaire, qui est chargée de la surveillance du personnel auxiliaire des mécaniciens-dentistes. A cet effet, tous les changements survenant dans la situation de ces personnes auxiliaires doivent lui être signalés dans les trois jours qui suivent leur entrée ou leur sortie.

Art. 14. — Pour veiller à la considération des mécaniciens-dentistes autorisés et poùr soutenir leurs intérêts communs, il est créé en principe, dans chaque province, une représentation de cette corporation ; toutefois, la zone d'action d'une représentation peut s'étendre sur plusieurs provinces voisines. Les associations professionnelles de mécaniciens-dentistes existant jusqu'ici conformément à la loi sur l'Industrie sont dissoutes ; leur avoir est transféré à la nouvelle représentation corporative qui, au point de vue légal des biens, hérite des droits et devoirs de l'association corporative.

Il sera statué sur la création d'une représentation des intérêts du personnel auxiliaire employé par les chirurgiens-dentistes et mécaniciens dentistes autorisés.

Les dispositions de détail relatives aux représentations mentionnées dans les § 1 et 2 sont édictées par un règlement d'exécution.

Art. 15. — Les infractions à la présente loi et aux règlements d'exécution rendus en vertu de celle-ci sont punies par l'autorité administrative de première instance d'une amende de 4.000 couronnes au maximum, si la loi pénale n'est pas applicable. Quiconque provoque ou facilite ces infractions est puni de la même peine.

Chaque jugement prononçant une amende prononcera en même temps l'emprisonnement, qui remplacera l'amende, au cas où celle-ci ne pourrait être recouvrée. La durée de l'emprisonnement correspond à l'importance de la dette et ne saurait dépasser trois mois.

Les sommes provenant des amendes perçues sont employées à des œuvres profitables aux mécaniciens-dentistes. Les dispositions y relatives seront édictées par un règlement d'exécution.

Art. 16. — L'autorité sanitaire mentionnée par la présente loi est l'autorité administrative du district.

Les décisions de l'autorité sanitaire peuvent faire l'objet d'un recours devant le Gouverneur de la province, qui prononce en dernier ressort.

Art. 17. — La présente loi entrera en vigueur le 1er octobre 1920.

Art. 18. — Le secrétaire d'Etat des questions sociales est chargé de l'exécution de la présente loi, d'accord avec les secrétaires d'Etat de l'Intérieur et de l'Instruction publique, du Commerce, de l'Industrie et des Travaux publics.

Dès le 29 septembre, l'assemblée nationale autrichienne a été saisie du projet suivant de modification du nº 4 de l'article 4 de la loi du 13 juillet 1920 réglementant l'exercice de la mécanique dentaire en Autriche. Ce projet a été adopté le 1er octobre.

« Sont considérés comme mécaniciens-dentistes autorisés tous les apprentis ayant commencé leur apprentissage au moment de l'entrée en vigueur de la présente loi ».

(*Zeitschrift für Stomatologie*, juillet et octobre 1920).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS PROFESSIONNEL ANNUEL

(ROUEN 1921.)

Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences (A. F. A. S.)

Paris, 1921.

Mon cher confrère,

Au congrès de l'A. F. A. S. tenu à Strasbourg au mois de juillet dernier, nos confrères m'ont fait l'honneur de me désigner pour présider la prochaine réunion de notre section qui aura lieu à Rouen, à l'époque habituelle, c'est-à-dire fin juillet, commencement d'août 1921.

Si j'ai accepté cette mission et si j'espère la mener à bien, c'est que j'ai compté que tous nos confrères voudront bien m'aider à donner à cette manifestation toute l'ampleur qu'elle mérite.

L'A. F. A. S. groupe dans ses sections toutes les branches de la science ; ses réunions annuelles sont suivies par tous ceux qui ont à cœur de montrer, par leur travail incessant, que le génie français n'est inférieur à aucun autre.

Surtout, au lendemain des terribles années que nous venons de vivre, il importe de faire voir au monde entier, qui a assisté à la victoire du droit et de la justice, que nous sommes aussi dignes de la victoire dans l'ordre scientifique.

Aussi, mon cher confrère, j'ai le ferme espoir que vous vous joindrez à nous pour ce bon combat. Vous viendrez à Rouen nous faire part de tout ce qui peut contribuer au progrès de notre profession. Vous ne craindrez pas, si les circonstances ne vous permettent pas un travail de grande envergure, de nous apporter le fruit de votre expérience clinique, de votre habileté manuelle, de vos tours de mains spéciaux, afin que nous nous instruisions grâce à vous.

Un de nos confrères les plus autorisés, M. le Dr Roy, nous présentera un travail sur la pyorrhée alvéolaire que nous lui avons demandé au Congrès de Strasbourg. Nul doute que, grâce à ce travail et aux discussions auxquelles il donnera lieu, nous ne puissions arriver à mettre un peu de clarté et d'ordre dans ce sujet si vaste et si diversement envisagé.

Deux rapports seront lus, au nom de la Société d'Odontologie de Paris, sur deux questions, l'une de dentisterie opératoire, l'autre de prothèse, après avoir fait préalablement l'objet de communications et de discussions dans les séances mensuelles de cette société pendant l'année, de sorte que les deux questions choisies ne seront présentées qu'à la suite d'une étude collective. J'espère que cette méthode nous permettra de soumettre à nos délibérations du congrès des sujets mis au point et dont nous pourrons tirer le meilleur profit pour notre enseignement mutuel.

Des démonstrations pratiques, présentations d'instruments et techniques nouvelles ou améliorées, viendront s'adjoindre aux discussions purement théoriques en les illustrant pour ainsi dire.

Mais les congrès ne sont pas seulement des occasions d'enseigner et d'apprendre, ils sont aussi des réunions qu'on pourrait qualifier de familiales. Ils permettent, en effet, aux confrères qui se connaissent, de consolider leurs relations amicales, et à ceux qui s'ignorent de s'apprécier et de s'estimer mutuellement. Et quand, par une chance comme celle qui nous échoit, ils ont lieu dans une ville qui compte parmi les plus anciennes de notre beau pays, le chef-lieu d'une de nos plus belles provinces, riche en admirables monuments, avec son remarquable port sur un fleuve dont le cours majestueux traverse des sites enchanteurs, il me semble bien que tant de séductions ne peuvent vous laisser indifférent et que vous allez bien vite me faire parvenir votre adhésion, avec le titre des communications ou démonstrations que vous vous proposez de faire.

Donc, mon cher confrère, à Rouen, en août prochain, et, en attendant de vous y rencontrer, je vous prie de recevoir mes bonnes salutations confraternelles.

Le président de la section d'Odontologie,

G. VILLAIN,

10, rue de l'Isly, Paris.

P.-S. — Pour assister au Congrès et bénéficier de ses avantages (facilités de voyage, comptes rendus, visites industrielles, excursions, etc., avant la guerre, en outre, les compagnies de chemins de fer accordaient une réduction de prix), il suffit de se faire inscrire comme membre de l'A. F. A. S. *Prière de m'adresser les demandes d'adhésion, que je ferai parvenir au secrétaire de l'A. F. A. S.*

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Pierre Hautefeuille, de Sannois, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de sa femme survenue le 1er décembre 1920, dans sa 41e année.

Notre confrère M. Barden, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de son père, professeur de l'Université retraité, décédé le 22 novembre dans sa 82e année.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — C'est avec plaisir que nous relevons dans le *Journal officiel* du 10 décembre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, avec une citation élogieuse, de M. Choquet (Lucien-Jules), médecin aide-major de 2e classe au G. M. P., fils de notre confrère M. J. Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. — Le Conseil d'administration s'est réuni le 27 décembre et a constitué son bureau de la façon suivante :

Président : M. Godon.
Vice-président et trésorier : M. Bioux.
Vice-président, directeur et directeur administratif : M. Blatter.
Directeur adjoint et directeur de l'Enseignement : M. G. Villain
Secrétaire général : M. H. Villain.
Secrétaire des séances : M. Solas.
Trésorier-adjoint : M. Crocé-Spinelli.
Econome : M. Miégeville.
Bibliothécaire archiviste : M. Pillière.
Bibliothécaire-adjoint : M. L. Viau.
Conservateur du Musée : M. Geoffroy.
Conservateur-adjoint : M. Wallis-Davy.

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 4 janvier 1921, à 8 heures 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Roy. — Cas de correction du prognathisme par la prothèse.

2° M. Wallis-Davy. — Cas de perforation palatine consécutive au port de succions automatiques (avec présentation de malade).

3° M. Guebel.
- *a*) Présentation de quatre évolutions anormales de dent de sagesse.
- *b*) Un incident d'anesthésie (en collaboration avec le Dr Paul Lucas-Championnière).

4° M. G. Villain. — Un procédé de réparation des facettes de porcelaine fracturées sur les bridges.

5° Incidents de la pratique journalière.

Mariages. — Le mariage de notre confrère M. Jean Billet, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Andrée Aubry, a eu lieu le 10 novembre.

Le mariage de notre confrère M. Jacques Lubetzki, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Andrée Lévy, a été célébré le 22 décembre à Rouen.

Le mariage du Dr James Quintero, décoré de la croix de guerre, fils de notre confrère de Lyon, avec Mlle Elisabeth Bonifas, a été célébré le 28 décembre.

Le mariage de notre confrère M. H. Dumont, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Suzanne Fafé, a été célébré le 18 décembre.

Mlle Jeanne Marouzé, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, a épousé, le 28 décembre, M. Joseph Roche.

Mlle Georgette Laniol, fille de notre confrère M. G. Laniol, de Rouen, a épousé le 3 janvier M. Edmond Coiffin.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Association générale des étudiants. Section dentaire. — La section dentaire de l'Association générale des étudiants s'est réunie en Assemblée générale le 24 novembre, à 20 heures 30, au siège de l'Association, 13, rue de la Bucherie.

Le bureau pour 1920-21 a été constitué ainsi :

Président : MM. Brochier (Ecole Dentaire de Paris) ; Vice-Présidents : Apocal (Ecole Odontotechnique) ; Maille (Ecole Dentaire Française) ; Secrétaire : Millery ; Trésorier : Bourgoin.

Visite à l'Ecole dentaire de Paris. — Le directeur de l'Assistance publique, M. Mourier, a visité l'Ecole dentaire de Paris le 14 janvier au matin, accompagné de M. André Mesureur, directeur du personnel.

Il a été reçu par M. Godon, président du Conseil d'administration, M. Blatter, directeur, M. G. Villain, directeur adjoint, et plusieurs membres du Conseil. Après une allocution de bienvenue par le président et l'exposé du fonctionnement du Dispensaire par le directeur, M. Mourier a été conduit dans les diverses salles et cliniques, où les explications nécessaires lui ont été fournies par le directeur adjoint.

Il a adressé ses chaleureux remerciements aux administrateurs pour la collaboration de l'Ecole avec l'Assistance publique, a admiré l'organisation de l'Ecole et a assuré celle-ci qu'elle pouvait compter sur l'appui de l'Assistance publique, comme il comptait lui-même sur la continuation du concours dévoué de la Société.

Université de Zurich. — L'Institut dentaire de l'Université de Zurich a célébré le 14 janvier le 25ᵉ anniversaire de sa fondation. A cette occasion un banquet a eu lieu, auquel a été invité notre directeur.

Nomination. — Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. J. Vichot, qui présidait en juillet dernier le Congrès de Strasbourg, vient d'être nommé dentiste des hôpitaux de Lyon.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Association générale syndicale des dentistes de France. — L'Assemblée générale de l'A. G. S. D. F. a eu lieu le dimanche matin 16 janvier.

Après lecture de la correspondance et adoption du procès-verbal les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de l'*Odontologie* ont été approuvés. La proposition de modification de l'article 19 du règlement intérieur, destinée à le mettre en harmonie avec l'article 14 du règlement de l'*Odontologie*, a été adoptée à l'unanimité.

Une légère modification a été apportée également à l'article 23 du règlement intérieur par la suppression de l'obligation de tenir l'assemblée générale annuelle *le matin*, afin de pouvoir organiser

dans la matinée une séance de démonstrations pratiques qui accompagnerait cette assemblée le 3e dimanche de janvier.

La question des élections au Conseil supérieur de la mutualité et au Conseil de prud'hommes a été abordée et lecture a été donnée sur ce dernier point d'une consultation du Conseil judiciaire de l'Association, que nous publierons ultérieurement.

Enfin il a été procédé au scrutin pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration, qui a donné les résultats suivants :

Votants : 159. — Bulletins blancs : 9.
Suffrages exprimés : 150. — Majorité absolue : 76.

Ont obtenu :

Paris.				*Province.*			
MM.				MM.			
Bioux (L.).....	148	voix,	élu.	Drain (Saint-Quentin)....	144	voix,	élu.
Blatter.......	147	—	—	Mouton (Châtellerault).....	144	—	—
Fouques (G.)..	146	—	—	Pont (Lyon)...	144	—	—
Lalement.....	146	—	—	Vasserot (S.-G.-en-Laye)....	139	—	—
Villain (G.)....	146	—	—	Gouthière (Nemours)......	138	—	—
Cernéa.......	144	—	—	Eustache (Tonnerre)......	127	—	—
Villain (H.)...	143	—	—	Joly (Calais)..	126	—	—
Debray (Albert)	141	—	—	Hermann (A.). (Nantes)....	122	—	—

Viennent ensuite :

MM. Rat (Poitiers), 30 voix ; Bouillant (L'Ile-Adam), 29 voix ; Pierret (Dijon), 27 voix.

L'Assemblée s'est séparée à 11 h. 3/4.

41ᵉ ANNÉE. N° 2. 28 FÉVRIER 1921 Vol. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES DENTS INFECTÉES

Par Maurice Roy,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, Dentiste des Hôpitaux.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 28 juillet 1920.)

I. — Les dents infectées et leurs relations avec les maladies générales.

Depuis longtemps nous connaissons la possibilité de la propagation à l'ensemble de l'économie des infections d'origine dentaire; mais, jusqu'à une époque récente, ces faits n'avaient été considérés que comme des cas assez rares. Or, depuis quelque temps, aux Etats-Unis, une tendance se manifeste qui étendrait considérablement le champ de ces propagations infectieuses.

En effet, pour beaucoup d'auteurs américains, un grand nombre de maladies, plus particulièrement le rhumatisme, les endocardites, les néphrites, la tuberculose elle-même reconnaîtraient comme cause première un foyer local d'infection.

D'après Billing, qui semble en Amérique faire autorité en la matière, ces foyers locaux d'infection seraient, par ordre de fréquence : la bouche, avec les abcès alvéolaires chroniques et la pyorrhée alvéolaire; l'amygdale, le nez, les divers sinus, le naso-pharynx, l'apophyse mastoïde, la trompe d'Eustache, l'oreille. Viendraient ensuite, les bronches, le tube digestif (appendice, estomac, vésicule biliaire) enfin les organes génito-urinaires.

Aussi « depuis que Billing a fait ses recherches de laboratoire, il a toujours refusé de se charger des patients

souffrant d'arthrite chronique, de rhumatisme chronique et des autres affections du même groupe s'ils ne veulent pas rester à l'hôpital 10 à 15 jours pour qu'un certain nombre de spécialistes se livrent aux inspections nécessaires pour découvrir les foyers chroniques dans l'économie ». (A. D. Black[1].)

Mais, de toutes ces causes locales d'infection, celles provenant des dents seraient de beaucoup les plus fréquentes puisqu'elles se rencontreraient chez 78 o/o des adultes examinés et que, d'après A. D. Black, trois sur quatre des personnes qui vont chez le médecin avec des troubles constitutionnels secondaires sont presque certaines d'avoir des foyers locaux dans la bouche.

D'après M. Goldman, cité par M. Imbert, dans un hôpital d'enfants à Londres, 52 o/o des enfants atteints d'endocardite portaient comme première lésion un abcès dentaire. Dans ces abcès, la bactérie la plus fréquemment rencontrée serait le *streptococus viridans* qui aurait une affinité spéciale pour le muscle cardiaque et ses membranes et King affirme que 90 o/o des affections cardiaques sont dues à ce micro-organisme[2].

Parmi les foyers buccaux d'infection locale, l'abcès alvéolaire et plus particulièrement l'abcès borgne serait le plus fréquemment en cause.

« Si, dit A. D. Black, de la pression se produit dans un foyer local, il est presque certain que le contenu de ce foyer sera introduit dans la circulation. L'abcès alvéolaire borgne est la lésion la plus dangereuse à laquelle nous ayons affaire ; l'abcès alvéolaire qui a une fistule par lequel le contenu de cet abcès peut s'écouler est moins dangereux ; la poche purulente sur le côté de la racine de la dent présente le même danger[3], » et cet auteur conclut

---

1. A. D. Black. Rapport des foyers buccaux chroniques avec l'état constitutionnel. *Dental Summary*, octobre 1919.
2. Léon Imbert. Les idées américaines sur la stomatologie, *Marseille-Médical* et les *Annales dentaires*, janvier 1920.
3. A. D. Black, *loco citato*.

en disant : « Nous devons traiter chaque cas d'infection buccale chronique comme une menace directe à la santé de l'individu, qu'il soit parfaitement bien portant ou non lors de notre examen. Nous ne pouvons pas faire notre devoir en éliminant les infections buccales uniquement dans les cas qui nous sont adressés par un médecin ou qui se présentent à nous avec des lésions secondaires connues. Il est plus important de nettoyer les bouches de ceux qui n'ont pas de ces lésions. Il y a là une occasion pour la médecine préventive de faire des merveilles, parce que, si des sujets sont atteints de ces effets secondaires seulement comme conséquence de foyers locaux, nous empêcherons certainement la survenance de ces lésions en supprimant les foyers, et nous devons le faire quoique, en agissant ainsi, nous devions enlever sans aucun doute des dents abcédées de bien des gens qui, durant des années, peut-être toute leur vie, n'auraient pas de manifestations secondaires. »

Telles sont en résumé les conceptions répandues à l'heure actuelle aux Etats-Unis ; ce ne sont pas là, à vrai dire, des idées nouvelles, mais plutôt des idées anciennes, étendues, généralisées. Il convient sans doute de faire la part des exagérations que suscite fréquemment toute idée nouvelle jetée dans les esprits et il est peut-être un peu simpliste de vouloir ramener toute la pathologie à des causes aussi élémentaires. Il ne serait pas difficile de trouver nombre de cas de rhumatisme où aucune cause dentaire ou autre d'affection locale n'apparaît. De même, tous les gens ayant des abcès alvéolaires borgnes ne sont pas atteints de rhumatisme, de néphrite ou d'endocardite.

Il serait puéril de penser que l'on va supprimer toutes ces affections parce que l'on va supprimer tous les abcès dentaires. La pathologie est une chose beaucoup plus complexe et, pour en citer un exemple emprunté à notre spécialité et que j'ai l'occasion de montrer maintes fois à mes élèves dans mon service hospitalier, ne voyons-nous pas fréquemment des gens ayant des abcès et de nombreuses

sources d'infection dans la bouche et ne présentant pas d'induration ganglionnaire notable, alors que d'autres, au contraire, n'ayant aucune dent infectée et une bouche relativement propre, présentent des indurations ganglionnaires volumineuses et persistantes, bien que la manifestation causale, fréquemment une petite ulcération aphteuse, ait disparu depuis longtemps. C'est que là, comme dans tous les cas pathologiques, il y a deux facteurs à considérer : la graine et le terrain ; or, si parfois nous connaissons bien la première, nous connaissons très mal le second qui, cependant, joue bien souvent le rôle principal à tel point que c'est au terrain organique que nous devons d'échapper, sans effort apparent, aux milliers de causes d'infections qui s'exercent autour de notre organisme, à toutes les minutes, pourrait-on dire, de notre existence ; alors qu'au contraire, des causes d'infections même légères, qui sont facilement annihilées par le seul jeu des tissus et des humeurs de la majorité des individus, pourront entraîner des désordres extrêmement graves chez celui dont le terrain organique est défectueux et particulièrement favorable à leur développement.

Ces réserves formulées, il n'en est pas moins vrai qu'on ne saurait attacher une trop grande importance à la prophylaxie des foyers d'infection locale et en particulier à ceux que l'on rencontre dans la bouche. Il n'est pas excessif de dire que tout abcès alvéolaire chronique est une épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête de son possesseur, particulièrement, comme le dit A. D. Black, si c'est un abcès borgne, c'est-à-dire un abcès le plus souvent ignoré. Une telle lésion peut rester inoffensive en apparence durant de longues années tant que l'organisme est en état d'opposer une barrière à l'extension de l'infection locale ; mais, qu'une cause d'affaiblissement de la résistance organique se produise et nous assistons à ces accidents aigus à caractère presque foudroyant d'abcès alvéolaires énormes, d'adéno-phlegmons, de phlegmons gangréneux du plancher de la bouche, d'infection générale grave comme

ceux que Joseph Mendel citait dans une communication récente[1]. Il y a lieu également de noter les infections gastro-intestinales qui puisent leur source dans la bouche et que l'extraction ou le traitement des dents causales fait disparaître.

Est-il possible, comme le pensent les auteurs que nous avons cités, que ces foyers locaux puissent, sans manifestation locale de caractère aigu, aller provoquer dans l'organisme des troubles généraux graves comme du rhumatisme, des endocardites, des néphrites ? La chose ne paraît pas démontrée à l'heure actuelle et la rencontre dans les dents et dans une autre région d'un micro-organisme sans caractère spécifique ne me paraît pas suffisante pour justifier le rapprochement que l'on voudrait établir. Néanmoins, il est incontestable que la présence dans la bouche de dents infectées constitue un danger au point de vue local comme au point de vue général, aussi je m'associe entièrement pour ma part aux conclusions de A. D. Black que j'ai citées plus haut quant à la *nécessité de traiter chaque cas d'infection buccale chronique comme une menace directe à la santé de l'individu.*

II. — La guérison des dents infectées est-elle possible ?

Ce premier point étant entendu, il me faut en aborder un second qui se présente comme corollaire du premier, c'est-à-dire la suppression des foyers locaux d'infection buccale.

Je ne m'occuperai pas ici des infections tenant à un défaut d'hygiène buccale ni de celles provenant de l'évolution de la pyorrhée alvéolaire, cela dépasserait le but que je me suis proposé dans ce travail où je n'aborderai que le traitement des dents à pulpe infectée et des abcès alvéolaires chroniques, qui sont, on l'a vu, la cause la plus

---

1. Joseph Mendel. Foyers infectieux périapexiens et la question de leu retentissement sur l'état général. *L'Odontologie*, juillet 1920.

fréquente comme la plus grave invoquée dans la généralisation des foyers locaux d'infection.

Le traitement de ces affections constitue un des points les plus intéressants en même temps que les plus difficiles de notre thérapeutique ; c'est un de ceux où le traitement présente le plus d'aléas et où des récidives sont plus facilement possibles. Aussi, se basant sur des difficultés que certains déclarent insurmontables, nombre d'auteurs américains n'hésitent pas à déclarer, avec un absolutisme un peu inquiétant, qu'une dent infectée ne peut jamais être guérie d'une façon certaine et que, dans ces conditions, et pour les raisons que j'ai exposées dans la première partie de ce travail, toute dent infectée doit être extraite.

Goldmann dit : « Les infections apicales des dents dévitalisées sont parmi les agents destructeurs de la santé les plus sûrs, les plus fréquents, les plus insidieux ; elles existent sur les dents que l'on considère comme parfaitement soignées et la plus grande partie du travail antérieurement fait sur elles est une menace plutôt qu'un bienfait[1] ». C'est ainsi que nombre de praticiens d'outre-Atlantique pensent, suivant l'expression rapportée par Léon Imbert, que « plus le malade a reçu de soins dentaires, plus il peut avoir de foyers d'infection ».

Il y a là des affirmations graves qui, si elles étaient acceptées par la généralité des dentistes, entraîneraient de non moins graves dommages pour nos patients, victimes innocentes d'idées scientifiques insuffisamment mises au point ; ces auteurs concluent, en effet, que l'extraction des dents est le seul moyen de supprimer les foyers locaux d'infection buccale, et cette pratique tend à se répandre en Amérique où l'on extrait les dents à quantité de gens, soi-disant pour les débarrasser d'affections diverses ; rhumatisme, endocardite, néphrite, etc., ou les prémunir contre celles-ci. C'est la négation des idées qui avaient prédominé jusqu'ici où l'on regardait, à juste titre, pensons-nous, le

1. Léon Imbert, *loc. cit.*

traitement et la guérison des dents infectées comme une des plus importantes conquêtes de la thérapeutique dentaire. C'est pourquoi aussi il m'a paru nécessaire de réagir contre ces tendances et ces affirmations par mise au point de la question en même temps que par une étude du traitement rationnel des dents infectées. Je pense, en effet, que, s'il convient de supprimer tous les foyers d'infection de nos patients, il n'est pas nécessaire pour cela de dévaster inconsidérément leurs bouches et qu'il est, dans la majorité des cas, d'autres moyens que l'extraction de guérir sûrement les dents à pulpe infectée et les abcès alvéolaires chroniques borgnes ou fistulisés.

J'ai dit plus haut ce qu'il fallait penser des possibilités d'infection générale par les dents infectées et j'ai montré les réserves qu'il convenait de faire contre des extensions abusives de ces données. Comme la carie dentaire est la plus répandue des maladies humaines, il est peu de gens ayant une maladie quelconque qui n'aient en même temps des dents cariées et, un grand nombre d'entre elles, des dents mortes, soignées ou non, dans la bouche ; il est vraiment un peu excessif de vouloir absolument rattacher l'une à l'autre des affections dont les relations de cause à effet n'ont nullement été démontrées jusqu'ici. Néanmoins, ne serait-ce que par la possibilité de ces infections générales, véritables septicémies, à point de départ incontestablement dentaire, il convient, comme je l'ai dit, de traiter rigoureusement toute dent infectée.

Ce traitement devra-t-il être toujours l'extraction, ainsi que le déclarent les confrères américains que j'ai cités, je ne le pense en aucune façon car, dans la majorité des cas, le traitement judicieux des dents pourra amener la guérison complète et définitive de l'infection radiculaire sans aucune possibilité de complication locale ou générale ultérieure.

Les raisons invoquées pour justifier l'impossibilité de la guérison des dents infectées sont, d'une part, l'impossibilité d'atteindre et de désinfecter toutes les parties des canaux

radiculaires à cause de la forme et du calibre de ceux-ci, la fréquence d'anomalies radiculaires comportant des canaux accessoires inaccessibles et dans ces conditions l'impossibilité d'obturer complètement les canaux radiculaires et, même si celle-ci a été réalisée, la possibilité d'abcès subséquents.

Sans méconnaître la réalité des difficultés invoquées il serait puéril de nier que, s'il existe de nombreux cas de récidive de l'infection pulpaire, il y a aussi un nombre considérable de dents à pulpe infectée qui ont été guéries d'une façon définitive. Car enfin, en dehors du contrôle radiographique dont je parlerai ultérieurement et dont nos confrères des Etats-Unis font état d'une façon excessive à mon sens, il est un ensemble de signes qui permet bien d'affirmer la guérison absolue d'une dent infectée.

Lorsqu'une dent à pulpe infectée a donné lieu, par exemple, à des accidents inflammatoires aigus ou chroniques dûment constatés ; que, au cours du traitement, ces accidents disparaissent d'une façon complète ; que la suppuration chronique qui existait dans un abcès borgne disparaît complètement du canal et que cette dent avec sa racine obturée reste 20, 25, 30 ans sans jamais donner lieu à aucun phénomène morbide après avoir présenté ceux que j'indique, il me semble qu'on est autorisé, même n'eût-on pas fait le contrôle radiographique, à affirmer la guérison complète et absolue d'une telle dent. Or, j'ai dans ma seule pratique un grand nombre de cas semblables et je suis sûr que quantité de confrères qualifiés pourraient apporter des statistiques conformes à la mienne.

Autant l'on doit blâmer la confiance trop absolue en soi, autant aussi on doit blâmer l'esprit de doute porté à un point extrême qui ne permet plus à un individu d'apporter une affirmation, même en présence des faits les plus probants.

Qu'il y ait malheureusement beaucoup de dents à pulpe infectée qui soient mal soignées, je ne le nierai certes pas ; mais du moment qu'il en existe qui sont bien soignées et guéries on ne doit pas dire : le traitement est impossible, il

faut extraire ces dents ; mais, bien au contraire : il faut rechercher les conditions nécessaires pour obtenir la guérison du plus grand nombre possible des dents infectées de façon à restreindre au minimum les cas où, le traitement ayant échoué, l'extraction s'impose. Or, après une pratique professionnelle de plus de 30 ans, je prétends que, *dans la majorité des cas où des dents infectées traitées ne sont pas guéries et présentent des récidives, cela est dû, non à une impossibilité anatomique ou thérapeutique, mais à une thérapeutique défectueuse ou bien à une pratique défectueuse d'une thérapeutique bonne en elle-même, mais mal appliquée.*

Je suis, d'autre part, réellement surpris qu'il soit nécessaire, préalablement à toute étude du traitement des dents infectées, d'être obligé de préciser certains points de pathologie qui me semblaient absolument acquis pour l'universalité des dentistes et des savants, car il est évidemment indispensable de s'entendre sur des points élémentaires de pathologie avant de discuter des moyens de traiter les manifestations morbides qui les caractérisent. Or, je suis obligé de dire que ce n'est pas sans une certaine stupeur que, dans un travail récent consacré au *Traitement préventif des infections du procès alvéolaire,* j'ai pu lire sous la plume d'un praticien de la valeur de A. D. Black, de Chicago, l'affirmation *qu'il ignore les causes de l'abcès alvéolaire chronique.*

Et que l'on ne croie pas que cette affirmation qui se répète et s'affirme à maintes reprises soit le fait de cet esprit de doute extrême dont je parlais tout à l'heure, car le passage suivant donnera une idée des vues pathologiques de cet auteur à cet sujet :

« Nous savons que si cette pulpe reste morte dans une dent elle s'infectera, que les tissus environnant l'apex peuvent s'infecter et être détruits. Mais cela n'explique pas le grand nombre d'abcès alvéolaires sur les dents dont les pulpes vivantes ont été enlevées. Pourquoi ces abcès ? *Je pense que personne ne le sait exactement.*

« On en a donné beaucoup de raisons : l'emploi de l'arsenic, l'emploi de la cocaïne, mais cela n'est pas prouvé. Je pense que beaucoup d'abcès sont causés par les médicaments scellés dans les canaux. Les préparations contenant de la formaline détruisent le tissu si elles traversent l'apex. Si vous prenez un agent que vous avez l'habitude de mettre dans un canal radiculaire et si vous l'appliquez contre votre bras sous un morceau de digue pendant 48 heures vous aurez un exemple de ce que cela fera sur les tissus mous. Nous devons connaître l'effet possible de chaque agent que nous employons dans les canaux radiculaires et savoir s'ils sont nuisibles ou non aux tissus mous [1]. »

C'est pourquoi cet auteur propose d'établir une statistique des agents employés dans le traitement des pulpes et il se propose d'en tirer des déductions du genre de celle que j'ai le regret de trouver formulées par un confrère chez lequel je m'attendais à trouver un peu plus d'esprit scientifique :

« Si nous pouvions réunir dans 2 ou 3 ans 1.000 ou 2.000 de ces fiches remplies, nous pourrions dresser une statistique ayant quelque valeur. Supposons 1.000 cas d'emploi de l'arsenic et supposons que nos radiographies subséquentes signalent que 3 ou 400 ont des abcès ; cela nous apprendrait que nous devons y renoncer. Si un petit nombre seulement présentaient des abcès, nous estimerions qu'il n'y avait pas d'inconvénient à employer l'arsenic. » (A. D. Black, *loc. cit.*)

Vraiment, dans un traitement où tant d'éléments entrent en jeu, où, en dehors de tout médicament, la moindre faute opératoire peut avoir des conséquences funestes au point de vue de l'avenir, de la guérison, une semblable déduction est, au point de vue scientifique, d'une... puérilité (je ne trouve pas d'autre mot) un peu déconcertante !

Il me semblait, à moi et à pas mal d'autres, que l'abcès alvéolaire était l'apanage surtout des dents dont la pulpe

---

1. A. D. Black. Traitement préventif des infections chroniques du procès alvéolaire. *Dental Summary*, octobre 1919.

s'était détruite d'elle-même et non de celles où le dentiste l'avait dévitalisée en vue d'une action thérapeutique comme c'est le cas de celles où l'on a employé l'arsenic ou la cocaïne. Et cependant cela doit être puisque A. D. Black dit, dans un passage que j'ai déjà cité, il y a un instant, ne pas s'expliquer « le grand nombre d'abcès alvéolaires sur les dents dont les pulpes vivantes ont été enlevées ». Puisqu'il déclare que personne ne sait exactement la cause de ces derniers abcès, je me permettrai de lui en suggérer une raison bien simple et beaucoup plus évidente que celles que lui fourniront les fiches statistiques qu'il veut établir : c'est que le nombre des mauvais dentistes (en Amérique comme ailleurs du reste) est malheureusement très considérable. Il n'est pas besoin de chercher autre part la cause de la plupart des abcès qu'il a observé sur les dents dont les pulpes vivantes ont été enlevées ; ils sont dus à des fautes opératoires et ce sont celles-ci qu'il faut chercher à éviter et non pas tel ou tel médicament.

Voyons en effet les conditions qui provoquent les récidives d'infection dans les dents traitées et celles qui provoquent les abcès alvéolaires chroniques qui sont une des complications fréquentes de ces récidives d'infection. J'avoue que cela ne m'aurait pas paru nécessaire sans le passage précité, qui a été pour moi une révélation sur l'état des esprits dans certains milieux professionnels réputés instruits des choses de notre pathologie spéciale.

Ces récidives d'infection dans les dents traitées sont toujours dues *soit à une insuffisance de désinfection, lors du traitement* qui a laissé subsister dans le canal radiculaire ou dans la région périapicale des germes septiques, *soit à une réinfection du canal radiculaire insuffisamment obturé* et dans lequel des germes septiques ont pu de nouveau pénétrer par l'orifice externe du canal.

En dehors de ces deux ordres de fait, il n'y a *aucune autre cause* dans l'origine des abcès alvéolaires que l'on observe sur les dents traitées et aucun des agents thérapeutiques couramment employés n'en peut être rendu res-

ponsable ; ceux-ci pourraient à la rigueur exercer une action escharotique, et en ce qui concerne l'arsenic j'en ai fait justice dans un autre lieu [1], mais, quand ces effets caustiques sont observés, ils se manifestent toujours immédiatement, revêtent un caractère aigu et ne présentent aucun phénomène qui puisse faire penser, même de loin, à un abcès alvéolaire chronique.

Ceci étant donc établi, et je crois que l'exactitude des faits que j'énonce ne sera pas contestée par les membres de ce Congrès, il convient d'étudier maintenant les bases d'un traitement rationnel des dents à pulpe infectée.

III. — Des questions a considérer dans le traitement des dents infectées.

Le traitement rationnel des dents infectées doit avoir pour but ultime de désinfecter les canaux radiculaires d'une façon complète et, cette désinfection obtenue, d'empêcher leur réinfection ultérieure. Ce traitement comporte un certain nombre d'indications thérapeutiques qui ont été excellemment résumées ainsi par Paul Dubois :

« 1° Enlever le tissu décomposé, faciliter l'écoulement des liquides et des gaz qu'on ne pourrait neutraliser ;

2° Stériliser, rendre aseptiques et saines les parties restantes de la dent ;

3° Combattre les désordres de voisinage concomitants ;

4° Quand la santé de la dent est rétablie, pratiquer l'obturation des canaux et de la cavité [2] ».

Pour réaliser ces différentes indications, il importe de considérer, d'une part, *la constitution anatomique de la région à désinfecter*, autrement dit les canaux radiculaires et la région périapicale, et, d'autre part, *la nature de l'infection* que l'on a à combattre.

Si l'on se rendait toujours bien compte de ces deux points,

---

1. Maurice Roy. De quelques préjugés en thérapeutique dentaire. *Société d'Odontologie de Paris*, 1er avril 1919.
2. Paul Dubois. Aide-mémoire du chirurgien-dentiste. Paris 1889, p. 109.

j'imagine que l'on ne verrait pas tant de confrères fonder toutes leurs espérances thérapeutiques sur un médicament particulier qui, par sa seule vertu magique, va faire disparaître toute infection de la dent ni que l'on n'en verrait pas d'autres, qui, par la seule puissance de leur instrumentation, émettent la prétention de stériliser complètement en un seul temps les canaux d'une dent infectée.

a) *Nature de l'infection.* — Le contenu des canaux d'une dent infectée, outre des débris organiques d'origine alimentaire, est constitué par des débris pulpaires plus ou moins désorganisés et gorgés de microbes variés, plus ou moins virulents et pour la plupart anaérobies ; nous verrons tout à l'heure l'importance de ce point particulier. Il n'y a pas de microbes spécifiques de l'infection pulpaire.

Les masses putrides sont en partie libres dans les canaux radiculaires, elles sont aussi en partie collées le long des parois canaliculaires, et cela d'autant plus que la mortification est plus ancienne.

b) *Constitution anatomique de la région à désinfecter.* — Les canaux radiculaires sont généralement en nombre proportionnel au nombre des racines, mais on sait que, pour les prémolaires supérieures ainsi que pour les grosses molaires inférieures, il existe une assez grande variabilité dans le nombre des canaux, aussi importe-t-il de rechercher avec soin tous les canaux existants ; j'ai eu occasion de traiter maintes fois des dents soignées par des confrères où l'échec de ceux-ci était dû à la méconnaissance de ce principe. Il convient aussi de se mettre en garde contre la recherche par trop excessive de canaux inexistants, conduisant à la formation d'un faux canal, comme j'ai eu également l'occasion de l'observer. C'est pourquoi dans le traitement des canaux radiculaires je m'élève très vivement contre les ouvertures insuffisantes des dents et de la chambre pulpaire qui ne permettent pas de se rendre très exactement compte *de visu* de la conformation de celle-ci et de la disposition des orifices canaliculaires.

Cette variabilité du nombre des orifices canaliculaires dans la chambre pulpaire nécessite donc seulement un peu d'attention de la part du dentiste, qui ne sera pas notablement plus embarrassé pour désinfecter, le cas échéant, quatre canaux dans une grosse molaire que pour en soigner trois. Mais il est une autre variabilité qui est de conséquence plus grave, c'est la variabilité du nombre des trajets canaliculaires et des orifices apicaux de ceux-ci. On sait, en effet, que, dans certaines racines, un canal ne présentant qu'un orifice dans la chambre pulpaire se bifurque en deux ou plusieurs branches, tantôt se rejoignant, tantôt allant s'ouvrir par des orifices séparés au niveau de l'extrémité apicale.

On conçoit sans peine qu'une telle disposition soit de nature à compliquer sérieusement la désinfection des racines et c'est en partie sur ce point que s'appuient ceux qui dénient toute garantie de sécurité au traitement d'une dent infectée. Mais il convient d'abord de poser en fait qu'une telle conformation constitue une anomalie en réalité assez rare; en outre, je prétends que, même cette anomalie existant, cela ne constitue pas forcément une cause fatale d'échec de tout traitement désinfectant, ainsi que je l'exposerai plus loin.

Le calibre des canaux est variable suivant les dents et suivant les âges ; d'autre part, ces canaux, même simples, peuvent avoir un trajet tortueux en rapport avec la forme parfois assez contournée des racines, dont la courbure en crochet peut rendre inaccessible la partie terminale du canal. Cette complication est susceptible des mêmes remarques que la précédente.

La pénétration dans les canaux sera d'autant plus facile qu'on n'aura pas déformé le plancher de la chambre pulpaire sur lequel chaque orifice canaliculaire forme un entonnoir dans lequel les sondes s'engagent tout naturellement. Convient-il d'agrandir le calibre d'un canal trop étroit ? J'avoue ne le faire qu'avec les plus grandes réserves, cette manœuvre pouvant avoir pour effet de pratiquer un faux canal ou de fermer complètement, par des copeaux de dentine, un canal, étroit il est vrai, mais préalablement per-

méable. Je n'emploie dans ces cas que des alésoirs du genre des broches de Kerr, en commençant toujours par les numéros les plus fins, en grattant, alésant le canal, tout en évitant de forer celui-ci et m'arrêtant dès que l'instrument rencontre une résistance notable ; j'estime qu'il y a moins d'inconvénient à avoir un canal trop étroit qu'un des deux accidents précités.

Les diverses particularités anatomiques que je viens de signaler présentent assez souvent de l'intérêt, mais il est un autre point qui est de beaucoup plus important, parce qu'il concerne tous les canaux sans exception, c'est la constitution même des canaux. Les parois de ceux-ci, on ne saurait trop insister sur ce point, ne sont pas imperméables comme le sont celles d'un tube de verre ; elles sont, au contraire, perméables, puisque creusées d'une infinité de canalicules dans lesquels s'engageaient les fibrilles dentinaires, prolongement des odontoblastes. Ces canalicules sont autant de réceptacles pour les micro-organismes qui y sont à l'abri de toute atteinte des divers agents mécaniques que l'on peut introduire dans les canaux et, s'ils ne sont pas stérilisés, ces micro-organismes pourront, dans des circonstances favorables, être l'origine d'une récidive d'infection d'une dent insuffisamment désinfectée.

Mais, outre les canaux radiculaires, il est une autre région dont la désinfection est nécessaire, c'est la région périapicale. Il ne faut pas croire, en effet, que celle-ci n'est atteinte que lorsqu'il y a complication de l'infection pulpaire, je pose en fait qu'elle est toujours infectée dans une portion au moins limitée dans tous les cas où il y a infection canaliculaire. Il suffit du reste d'examiner les dents extraites avec pulpe mortifiée pour voir qu'elles présentent toujours à l'apex une petite zone inflammatoire du ligament, conséquence de l'infection existante et c'est cette zone qui, si des conditions favorables se produisent, donnera lieu aux diverses complications locales ou générales que l'on peut observer.

(A suivre.)

DE L'HYGIÈNE DENTAIRE PUBLIQUE ET EN PARTICULIER DE L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE (INSPECTION ET TRAITEMENT)

Par Ch. Godon,

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 26 juillet 1920.)

Dans les congrès on entend des communications purement techniques, d'autres d'un caractère plus général. Je me propose d'entretenir mes confrères d'une question sociale. Ils ont vu comment les Pouvoirs publiques ont apprécié les services des dentistes ; c'est à leur rôle pendant la guerre qu'est due la loi créant leur statut militaire. En 1913 l'Administration de la Guerre répondait à une demande de création de dentistes militaires que cette création *n'amènerait que gêne et embarras*. En 1914, les hostilités éclatent ; c'est alors que l'utilité des dentistes militaires a été démontrée.

Ceci a été leur rôle de guerre ; mais ils ont aussi un rôle de paix : l'hygiène dentaire publique. Tous les pays organisent cette hygiène ; il faut que les dentistes montrent qu'en France ils sont utiles aussi au point de vue social.

Après la guerre qui a ensanglanté pendant si longtemps notre pays et les ravages qu'elle y a causés, une des préoccupations dominantes des Pouvoirs publics semble être l'hygiène en général et notamment l'application des mesures de prévention des grandes maladies. C'est ce qu'a prouvé la création récente du Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Cette préoccupation s'est manifestée également dans d'autres États : c'est ainsi qu'un Ministère de la Santé publique a été créé en Angleterre tout dernièrement.

Nous ne saurions trop applaudir à ces créations ; mais nous avons le devoir, en tant que dentistes, de veiller à ce que l'hygiène dentaire occupe, dans l'hygiène générale, la place qui lui revient. Ce devoir est d'autant plus impérieux

que nous savons ce qui, en matière d'hygiène dentaire, a été fait à l'étranger et ce qui s'y fait encore, surtout pour les enfants des écoles.

En Angleterre, par exemple, d'après les renseignements qui viennent de m'être fournis par M. William Fisk, président de la Société des dentistes scolaires, des cliniques dentaires scolaires fonctionnent, sous la surveillance de l'administration locale, c'est-à-dire que les autorités des comtés, des villes ou des bourgs ont la faculté de consacrer des deniers publics à ces cliniques — la *faculté*, mais non *l'obligation*, de sorte que toutes ne le font pas.

Toutefois, le Ministère de la Santé publique assume la charge des soins médicaux, y compris les soins dentaires de tous les enfants des écoles.

En hygiène dentaire à l'étranger, l'Allemagne occupe une des premières places. Les soins dentaires sont compris dans les soins médicaux donnés aux frais des Caisses d'assurances locales contre la maladie et vous n'ignorez pas que l'assurance contre la maladie y est obligatoire [1].

Mais c'est surtout en hygiène dentaire scolaire que ce pays tient le premier rang, grâce aux efforts du Comité central pour les soins dentaires scolaires fondé en 1910, si bien qu'à la fin de 1914 l'Allemagne ne comptait pas moins de deux cents cliniques dentaires scolaires et que de nouvelles cliniques s'ouvrent incessamment.

Peut-être n'est-il pas hors de propos de rappeler qu'une clinique dentaire scolaire municipale fut établie, à Strasbourg, le 15 octobre 1902, par le professeur Jessen, qui la dirigea jusqu'au retour de l'Alsace à la France.

Nous avons pu voir avec quel soin et quelle compétence le

---

1. Une loi du 15 juin 1883 a établi l'assurance obligatoire contre la maladie pour les ouvriers ; elle a reçu une forme définitive le 10 avril 1892 et a été complétée par les lois des 30 juin 1900 et 25 mai 1903.

Elle a été totalement refondue le 19 juillet 1911. Les dispositions nouvelles stipulent dans le titre IV, art. 122, que les soins dentaires sont compris dans les soins médicaux.

Une loi du 20 décembre 1911 a de même établi l'assurance obligatoire contre la maladie pour les employés.

docteur Hamman dirige actuellement la clinique scolaire de Strasbourg ; nous sommes heureux de l'en féliciter.

Je profite de cette occasion pour mentionner l'existence, en Suisse, d'un certain nombre de cliniques dentaires scolaires, notamment à Lucerne, Zurich, Frauenfeld, Genève, St-Gall, Lausanne, Berne, etc.

Dans plusieurs Etats de l'Amérique du Nord fonctionnent également des cliniques dentaires scolaires aux frais de ces Etats, des villes, ou des particuliers. Nous ne signalerons que pour mémoire le grand centre de traitement dentaire de Boston, fondé en 1910, grâce à la générosité des frères Forsyth.

En France, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris s'est toujours occupé activement d'hygiène dentaire scolaire. On peut dire que c'est à son instigation, car c'est là un point d'histoire acquis, que le Ministre de l'Instruction publique créa, par circulaire du 23 mars 1908, dans les écoles normales primaires, ainsi que dans les internats annexés aux écoles primaires supérieures, deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires, confiés, le premier, à un chirurgien-dentiste diplômé d'une école dentaire, désigné par l'Administration et rétribué par elle ; le second, à un dentiste désigné par les parents et rétribué par eux. Le premier se fait dans l'établissement même, le second, au dehors.

La fiche dentaire annexée à la circulaire n'est autre que celle qui est en usage au Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris.

Ajoutons qu'à la fin de l'année 1909 les prescriptions de cette circulaire furent étendues aux lycées et collèges de l'enseignement secondaire.

Mais en ce qui concerne l'*école primaire*, il n'a encore rien été fait de définitif, sauf dans quelques villes à titre isolé et dans le 8e arrondissement de Paris sur notre initiative.

Le 24 juin 1919, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a, dans une pétition longuement motivée, demandé au

ministre de l'Instruction publique d'étendre aux enfants de toutes les écoles primaires de France les services d'inspection et de traitement dentaire prévus par la circulaire du 23 mars 1908.

A la même époque il fut déposé au Sénat, par M. Chéron, une proposition de loi portant que *les soins dentaires aux personnes privées de ressources font partie de l'assistance médicale.* L'adoption de cette proposition ferait avancer notablement la question qui nous tient à cœur à tous.

Nous croyons savoir, d'autre part, que deux propositions de loi, émanant également de l'initiative parlementaire, sont déposées, l'une au Sénat, l'autre à la Chambre des députés, en vue de la création de l'inspection et du traitement dentaires pour les enfants des écoles primaires.

Au Sénat MM. les sénateurs P. Strauss, Chéron et Paul Doumergue ont déposé une proposition de loi à ce sujet, qui a été renvoyée à la Commission spéciale le 6 juillet 1920.

Le pouvoir exécutif lui-même ne demeure pas étranger au mouvement qui se constate partout en faveur de l'hygiène populaire et le ministre de l'Hygiène vient, par une circulaire adressée à tous les préfets, de demander des renseignements précis sur ce qui se fait dans chaque localité au point de vue de l'hygiène dentaire scolaire.

Nous pensons utile à cet égard que la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. fasse entendre sa voix pour appuyer et au besoin provoquer l'action gouvernementale et, en tout cas, manifester son opinion sur une question de cette importance, qu'elle est particulièrement qualifiée pour apprécier.

Je vous propose, en conséquence, d'émettre le vœu suivant et de l'adresser aux ministres de l'Instruction publique et de l'Hygiène, ainsi qu'aux membres du Parlement auteurs de propositions de lois sur ce sujet et aux commissions chargées de leur examen :

« La Section d'Odontologie de l'Association française » pour l'avancement des sciences, réunie en Congrès à

» Strasbourg le 26 juillet 1920, émet le vœu que les deux » services d'inspection et de traitement dentaires créés par » la circulaire ministérielle du 23 mars 1908 dans les écoles » normales primaires soient étendus à toutes les écoles » primaires de France, en imposant aux communes le » devoir d'en assumer la charge au moyen des ressources » des caisses des écoles, comme cela a lieu déjà pour plu- » sieurs d'entre elles, ou en imposant ce devoir au Service » d'assistance médicale dans les conditions prévues par les » articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893, au moins en ce » qui concerne le traitement dentaire à donner aux écoliers » pauvres, le service d'inspection seul pouvant rester à la » charge de l'Etat, et décide d'appuyer dans ce but les pro- » positions de loi de MM. P. Strauss, Chéron et Doumer- » gue, présentées au Sénat dans les séances des 13 juin 1919 » et 6 juillet 1920 et renvoyées à la Commission nommée » le 25 mai 1905. »

Il serait bon qu'une réunion de praticiens émît son avis à cet égard ; la considération des dentistes n'en sera qu'augmentée.

Ce vœu a été adopté à l'unanimité et transmis aux Pouvoirs publics par le Conseil de l'A. F. A. S.

PORTE-RADIUM UNIVERSEL POUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS DU LARYNX ET DU PHARYNX

Par A. Pont,
Directeur de l'École dentaire de Lyon.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 26 juillet 1920.)

Le traitement des tumeurs par le radium, en particulier le traitement des tumeurs du larynx et du pharynx, présente déjà une bibliographie respectable. Je ne veux vous parler dans cette courte note ni des avantages ni des inconvénients de la méthode et encore moins des résultats. Je

veux simplement décrire un appareil que j'ai imaginé, à la demande de mon maître M. le Prof. Lannois, et de mon collègue et ami Sargnon.

Il s'agissait de construire un appareil porte-radium pour le traitement des tumeurs du larynx et du pharynx. L'appareil devait être simple, peu encombrant, tout en étant solide et résistant. Il devait, en outre, pouvoir s'adapter instantanément et être utilisé pour n'importe quel malade.

Le problème était assez complexe. S'il s'était agi de construire un appareil pour un malade donné, il n'eût pas été difficile et, à défaut d'invention personnelle, il suffisait, pour se renseigner, de lire la bibliographie spéciale existant sur cette question.

En effet, Nicolai signale déjà en juillet 1908 dans les *Archives italiennes d'Oto-Rhino-Laryngologie*, dans un article de radio et de radiothérapie, un tube porte-radium pour le larynx.

Ouston, en octobre 1911, dans *The Journal of Lar.* N° 10, signale un appareil avec mandrin articulé ressemblant à un petit miroir pour porter le radium.

Botey, traité espagnol d'Oto-Rhino-Laryngologie de 1918, signale un porte-radium pour la bouche avec support frontal et une tige verticale.

Wickam et Degrais, ouvrage sur la Radiumthérapie (p. 220, fig. 82), montrent un appareil en cire adapté au palais d'une malade âgée, pour l'application de longue durée de deux tubes destinés à agir en feux croisés de chaque côté d'une épulis. Les tubes sont englués dans du godiva, substance qui fixe bien les appareils. On trouve dans le même ouvrage, page 224, un porte-radium à un ou deux tubes analogue à une tige laryngée, pour l'application laryngée par voie buccale.

Barcat, en 1912, dans son livre de Radiumthérapie, donne une application bucco-pharyngée-laryngée à l'aide d'une sonde en gomme.

L'appareil que j'ai imaginé a été appliqué sur les malades de MM. Lannois et Sargnon et a toujours été bien toléré,

Il est facilement démontable et peut être posé en quelques instants.

J'ai pris le point d'appui sur les molaires supérieures et, à défaut, sur les prémolaires. Comme fixation, je me suis servi d'une bague semblable à la barre d'Angle, employée en orthodontie, mais un peu plus robuste. La gaine dans laquelle devait coulisser l'appareil porte-radium était soudée à la bague ; dans cette gaine venait coulisser une tige à l'extrémité de laquelle était logé un tube en métal pouvant se fermer à son extrémité et dans lequel on mettait le tube actif du radium.

La tige supportant ce tube était filetée et munie d'un écrou en avant et en arrière de la gaine, de façon à pouvoir ainsi immobiliser et bloquer l'appareil en bonne position.

On peut ainsi porter le tube de radium aussi loin que possible en donnant la longueur voulue à la tige filetée. On peut donc avec quelques coups de pince lui faire atteindre le palais et le voile du palais sans provoquer de réflexes. L'appareil étant de petite dimension et solidement fixé ne provoque pas de nausées, ne gêne pas la déglutition. Il a toujours été très bien toléré. Sa construction est facile et n'importe quel dentiste pourra en fabriquer un semblable le cas échéant.

Ici encore nous trouvons un nouveau moyen de collaborer avec les chirurgiens et les Oto-Rhino-Laryngologistes. Cette collaboration pendant cette longue guerre a été de la plus grande utilité pour nos blessés. Nous devons continuer dans cette voie qui nous a été tracée par les Préterre, les Cl. Martin ; elle sera toujours très féconde en résultats.

L'ANESTHÉSIE SANS MÉDICAMENT PAR LE GAZOTHERME

Par F. Fabret (de Nice).

(Communication au Congrès de Strasbourg, 26 juillet 1920.)

Je viens soumettre à votre appréciation compétente, un nouvel appareil pour l'anesthésie locale, grâce auquel tous les inconvénients résultant de l'emploi des médicaments anesthésiques se trouvent supprimés, ce qui permet l'anesthésie à jet continu.

Mon appareil se compose d'un trépied à roulettes supportant des réservoirs, contenant des gaz oxygène et acide carbonique sous pression. Ils doivent se rencontrer dans le gazotherme que voici, qui constitue la pièce principale de l'appareil. Je vais la démonter devant vous et la faire passer, pour que vous l'examiniez [1].

Le principe de ce nouveau procédé est le suivant :

Baigner les tissus à anesthésier dans une atmosphère d'abord si doucement tiède que le patient en perçoit à peine la sensation. La température de ce milieu est lentement abaissée. Le jet d'oxygène qui la transmet, projeté au début d'une manière diffuse, se précise et vient déshydrater les tissus dentinaires qui subiront l'action du froid. Celui-ci sera aussi intense que l'importance de l'opération l'exigera. Il durera tout le temps nécessaire, pour que l'opérateur ne soit nullement pressé.

Enfin les tissus seront doucement ramenés à la température normale. L'anesthésie ainsi conduite et quel que soit le cas douloureux à traiter, le patient ne subira aucune sensation pénible ou même désagréable, ni avant, ni pendant, ni après.

L'appareil que vous voyez ici constitue la quintessence d'une série d'appareils, où j'ai essayé d'utiliser tous les moyens frigorifiques actuellement connus. L'air liquide,

---

1. V. *Odontologie* du 30 octobre 1920, p. 553.

l'acide carbonique solide, l'oxygène liquide, les procédés de réfrigération par l'ammoniaque, le chlorure d'éthyle, ont été tour à tour essayés et utilisés sous des formes différentes.

Tous offraient, pour la pratique journalière du cabinet, des inconvénients qui les ont fait successivement écarter : les uns trop coûteux, les autres trop fragiles, certains trop volumineux.

Enfin, voici l'appareil qui, mis au point depuis un an, m'a donné pratiquement et cliniquement des résultats parfaits.

Je vous parlerai simplement aujourd'hui des résultats cliniques et pratiques, me réservant de revenir devant vous pour présenter un travail sur les résultats de l'étude histologique des tissus ayant subi l'action de mon froid anesthésique.

Je vous rassurerai d'abord, au sujet des tissus mous, en vous disant que, mon appareil étant destiné à faciliter la dentisterie opératoire, les gencives ne sont jamais congelées, le jet frigorifique agissant uniquement sur les tissus durs de la dent.

Ceci posé, voyons le fonctionnement de l'appareil.

L'oxygène sous pression est légèrement dégagé par la manœuvre d'un volant. Le manomètre de compression doit indiquer le passage d'un faible courant gazeux. Celui ci vient se réchauffer au contact d'une cartouche électrique et sort par un chalumeau de projection braqué sur la région à anesthésier. Celle-ci reçoit ainsi un souffle léger d'oxygène, qui lui communique une température de 39° environ. Le réglage de cette température se fait au tableau électrique que chaque praticien possède dans son cabinet et qui varie naturellement avec les installations. On la met au point une fois pour toutes en essayant le jet gazeux réchauffé sur un thermomètre. Ainsi, pour le tableau électrique de de Trey, la manette de l'air chaud doit être placée au point I².

La manœuvre de cette manette permet l'abaissement progressif, aussi lent qu'on le désire.

Il varie, selon le cas à traiter ou le patient à soigner. Quant le jet d'oxygène passe à la température normale, on commence à lui communiquer son action frigorifique par la

simple manœuvre du volant, ouvrant un courant d'acide carbonique.

Voici ce qui se passe :

L'oxygène provenant de la bouteille métallique vient se dégager dans les parois du gazotherme, formant réservoir ; il pénètre dans l'appareil par un tube de cuivre qui s'enroule en un serpentin à mailles soudées formant les parois d'un tube dans lequel vient se dégager de l'acide carbonique liquide. L'appareil est combiné de telle sorte que le froid communiqué à l'oxygène peut aller jusqu'à 90°. Nous avons donc là une source frigorifique intense, mais nécessaire pour compenser la perte en frigories dans le trajet du gazotherme à la dent, tout en demeurant dans un état de puissance supérieure à toutes les nécessités de notre procédé d'anesthésie. Ceci assure la sécurité du système et nous procure un moyen tellement puissant que nous n'aurons pas à en utiliser complètement les effets.

Le froid communiqué au courant d'oxygène est progressif et peut être réglé à volonté. Le chalumeau projettera donc sur la dent à insensibiliser un courant gazeux régulier aussi intense et aussi froid qu'on le désire. Ainsi, pour une carie du collet ou un 2e degré à large surface, il suffit de porter la dent à une température de 0°.

On est averti que la dent est prête à être opérée lorsqu'une légère buée de givre vient se déposer sur l'émail. En trois minutes, la cavité la moins accessible est préparée. Le champ opératoire est toujours net, la fraise toujours luisante, car toute parcelle de substance fraisée est expulsée par le jet gazeux. La cavité préparée se trouve aseptique et anhydre par la seule action de l'oxygène sec.

L'obturation immédiate peut être pratiquée. J'opère ainsi depuis un an des seconds degrés avancés. J'en ai observé une certaine quantité 7, 8, 9 mois après : la pulpe n'avait subi aucune altération à la suite de ce refroidissement très modéré.

Pour une pulpectomie, l'action frigorifique est légèrement poussée, mais elle ne dépasse pas 10 à l'émail, 5 à la pulpe. Dans les cas de périostite aiguë, la température de la couronne

de la dent peut être portée jusqu'à 25° à 30°, selon les cas.

Comme toujours, on agit progressivement, la dent est d'abord portée à une température de 0°. En corps bon conducteur des variations thermiques, elle transmet au ligament alvéolo-dentaire congestionné ce froid décongestionnant et bientôt la douleur cesse complètement.

L'action frigorifique est alors continuée pour permettre à la fraise de perforer la face triturante de la dent, nettoyer la cavité pulpaire et dégager les canaux.

Loin d'avoir une sensation désagréable quelconque, le patient est toujours ravi de ce soulagement immédiat et j'ai observé dans la plupart des cas la disparition définitive de la douleur.

Je fais toutes mes réserves au sujet de l'emploi de mon appareil dans les cas d'extractions difficiles.

Voici comment je procède pour une extraction simple :

Je congèle la dent ou la racine à extraire qui transmet l'action du froid dans son alvéole. Pour cela j'arrive à la refroidir lentement, jusqu'à ce que le bord gingival blanchisse légèrement tout autour du collet. Je place alors mon davier, qui, recevant à son tour un courant froid de 30°, peut pénétrer lentement dans l'alvéole, l'acier transmettant le froid anesthésique. On peut ainsi pousser le davier lentement et assez loin, le sujet n'ayant même pas la sensation de contact. Quand on sent la racine en bonne prise, on procède très lentement à l'extraction. Il va sans dire qu'on peut opérer un grand nombre d'extractions dans la même séance, si elles n'offrent pas trop de difficultés.

Parmi les nombreuses observations recueillies, je vais vous citer la plus typique :

Mme T..... (de retour de Russie avec un système nerveux très éprouvé) se présente à notre cabinet le 22 mars 1920. De nombreuses caries du collet (seize) avec hyperesthésie dentinaire, lui font subir un martyre qui l'affole.

Elle garde constamment un double bourrelet de ouate sur les faces labiales des incisives pour éviter que le contact de l'air ne vienne exacerber une sensibilité latente.

L'examen nous montre une série d'érosions chimiques à dentine lisse. Elles sont inabordables à la sonde. Aucun pansement n'est possible. Toute infiltration est contre-indiquée.

L'anesthésie au gazotherme est acceptée et conduite très doucement.

Nous débutons par les deux incisives centrales dont on aperçoit la pulpe à travers une mince couche de dentine.

La patiente, avertie, doit nous signaler avec l'index de la main gauche la moindre sensibilité. La cavité est attaquée à la fraise ronde et largement ouverte jusqu'à la pulpe qui est amputée très haut dans la racine. La fraise est facilement suivie dans son exploration, car le jet gazeux expulse constamment les débris de dentine et de pulpe desséchés ; on aperçoit toujours l'instrument brillant et net fouiller la cavité ; on le suit dans les points de rétention qu'il fore, les rainures qu'il trace. En trois minutes le curetage est terminé. La dent voisine est traitée de même façon. Pendant ce temps notre aide a préparé une pâte de tricrésol-formol avec oxyde de zinc, qui est introduite dans les canaux parfaitement aseptiques et anhydres par la seule action de notre oxygène.

Du ciment *synthetic* est ensuite employé pour obturer les deux cavités.

Nous attendons les dix minutes réglementaires pour que le phénomène de cristallisation s'accomplisse. Pendant ce temps a lieu le retour des tissus à la température normale. La patiente n'a fait aucun mouvement.

Le chronomètre nous indique que les deux opérations complètes ont duré en tout vingt-sept minutes.

Les seize caries ont été ainsi traitées en six séances réparties en deux jours, car la patiente ne pouvait séjourner plus longtemps dans notre ville.

Cinq pulpectomies complètes ont été opérées (avec extraction au tire-nerf des filets radiculaires). Dans les autres dents nous nous sommes contenté d'exciser largement la dentine, les abords de la pulpe étant respectés.

L'IDENTIFICATION DES CADAVRES PAR LA FICHE DENTAIRE

Par H. Lentulo, D. E. D. P.

La guerre de 1914-1918 vient de fournir une nouvelle occasion d'identifier les corps par l'examen de la denture et des opérations faites dans la bouche grâce à la fiche dentaire. Ce moyen d'identification offre une telle garantie de certitude qu'on ne saurait trop le recommander aux familles et aux autorités procédant à des recherches de corps.

Rappelons que déjà, lors de l'incendie du Bazar de la Charité, le 4 mai 1897, ce mode d'identification fut employé avec succès [1].

Voici, entre autres, une circonstance toute récente, portée à notre connaissance avec précision, dans laquelle on y a eu recours.

Un officier de zouaves, mobilisé en août 1914, fut mortellement blessé en septembre suivant, au moment de l'avance allemande, dans un engagement avec l'ennemi et succomba sur le champ de bataille. Lors de son inhumation une confusion se produisit à cause de son nom à consonance germanique et il fut enterré dans le cimetière allemand de X...

Après l'armistice, sa famille, désireuse d'avoir son corps, rencontra des difficultés en se livrant aux recherches nécessaires. Ce ne fut que grâce aux souvenirs d'habitants du pays (maire, instituteur, agriculteurs, etc.) qu'elle apprit la présence du corps de cet officier dans ce cimetière.

A la suite de ces indications très nettes et par un rapprochement de dates, elle parvint à localiser la présence du corps dans une partie déterminée du cimetière, et derniè-

1. Voir à ce sujet : « Le rôle des dentistes dans l'identification des victimes de la catastrophe du Bazar de la Charité », par M. O. Amoëdo (*Communication au 3e Congrès dentaire national*). *Odontologie*, 30 juin 1898, p. 401.

Voir aussi : « De l'utilité des fiches de traitement en odontologie », par M. Robert Morche (*Communication au Congrès de Tunis de l'A. F. A. S., mars 1913*). *Odontologie*, 30 juillet 1913, p. 78.

rement elle obtint l'autorisation de faire exhumer de nombreux corps. Ceux-ci n'étaient plus que des squelettes.

A ce moment un des parents pensa à recourir aux renseignements dentaires que possédait le dentiste de la famille qui avait, à plusieurs reprises, soigné l'officier. Notre confrère établit à l'aide des fiches qu'il possédait un schéma complet de toutes les opérations faites dans la bouche (aurifications, émaux), dont les dernières dataient de juillet 1914.

Muni de ce schéma, le personnel qui effectuait les recherches écarta aussitôt des 80 corps exhumés ceux qui ne présentaient pas trace d'opérations dentaires dans la bouche, de sorte que l'identification par les dents se trouva limitée à 3 cadavres.

A ce moment, chargé d'intervenir, je fus appelé à examiner ces trois corps et le premier sur lequel porta son examen présentait une similitude parfaite entre sa denture et le schéma établi : les aurifications et les émaux correspondaient exactement au nombre et à la position indiqués par la fiche.

Le corps était identifié.

Il ne nous semble pas nécessaire d'insister davantage sur la justesse absolue d'un procédé qui a fait ses preuves depuis longtemps et qui est appelé à être employé souvent, maintenant surtout qu'il est procédé à des exhumations fréquentes des morts de la grande guerre dont la reconnaissance est souvent entourée de grandes difficultés.

UNE FRACTURE DU MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A L'EXTRACTION

Par R. PAHIN (de Chaumont).

M. X..., dont je soigne la famille, atteint d'une fluxion volumineuse, s'adresse à un médecin — j'étais alors en vacances — qui juge utile d'attendre la disparition de l'œdème pour intervenir ; comme l'état persiste, aussitôt mon retour il vient me consulter. Je constate un empâtement diffus de la région sous-maxillaire droite, facies grippé, prostration marquée. A l'examen buccal, le sillon gingivo-labial est effacé par le pus qui soulève la muqueuse, et s'écoule lentement au collet des dents intéressées. $\overline{7|}$ est indemne quoique très mobile. $\overline{6|}$, également branlante, est atteinte de carie pénétrante. Le malade crache du pus continuellement.

Je propose l'extraction immédiate en faisant toutes réserves sur les suites possibles.

$\overline{7|}$ est d'abord enlevée aisément, $\overline{6|}$ entraîne avec elle, sans effort, un séquestre volumineux comprenant presque toute la portion du maxillaire et la partie supérieure du canal dentaire inférieur ; des fongosités volumineuses en rapport avec les racines sont prises dans la masse du séquestre.

Tout de suite, je constate une mobilité nette des deux fragments du maxillaire. Il y a fracture. Le lendemain matin, comme la suppuration ne s'est pas améliorée, et que la cellulite paraît s'étendre, j'adresse d'urgence M. X... au D[r] Sebileau.

En l'absence du D[r] Sebileau M. X... est opéré par la voie interne et sous chloroforme par le D[r] Dufourmentel qui note alors : « Infiltration phlegmoneuse péri-maxillaire droite.

» Excavation profonde dans la branche montante au niveau des dents de 6 et 12 ans.

» Fracture comminutive du maxillaire. »

Il pratique l'exploration et le nettoyage du foyer :

« J'ai constaté la présence dans le pus d'une paroi membraneuse intra-maxillaire, bourgeonnante, due probablement au développement d'un kyste déjà ancien. La paroi

osseuse très amincie de chaque côté explique la fragilité de l'os et sa fracture. »

Le Dr Frison, en présence d'une fracture rétro-dentaire, plaça une gouttière de contention fixée par deux vis interdentaires. Une selle prolongée latéralement et perpendiculairement par un guide assura la fixité du fragment postérieur, d'une façon très satisfaisante, dans ce cas difficile.

Actuellement M. X... est de retour à Chaumont, et je pratique chaque jour un grand lavage de la plaie, à l'aide du bock, après avoir retiré l'appareil de contention. La cicatrisation paraît devoir s'opérer rapidement, ceci ne préjugeant en rien du succès de la consolidation, le sujet, quoique robuste, étant âgé de 70 ans.

Entrons maintenant dans le domaine des hypothèses possibles et supposons que M. X... soit venu me voir 3 mois plus tôt, ne souffrant pas. Ayant une mastication insuffisante il désire l'extraction des dents cariées et leur remplacement.

Je procède à l'extraction de $\overline{6|}$, je fracture le maxillaire. Les fongosités ou le kyste, qui étaient refroidis s'infectent, et me voilà — de bonne foi — accusé par mon malade d'une faute professionnelle grossière. Car jamais M. X... ne comprendra qu'entrant dans mon cabinet indemne, il en puisse sortir avec une fracture du maxillaire et de violentes souffrances. Si je suis appelé en justice, les juges ne comprendront jamais cela non plus, car pourvus de logique, ils sont cependant incompétents pour apprécier un tel acte. Cette Revue a commenté longuement l'accident arrivé à un jeune confrère, et le Dr Roy, qui s'est fait courageusement l'avocat de sa cause, parce qu'elle lui a paru une juste cause, sait combien, dans mes hypothèses j'ai serré de près la réalité. La moralité de ceci est qu'il faut, dans l'exercice de notre profession, une extrême prudence et beaucoup de réflexion.

Je sais bien qu'il y a aussi la radiographie, qui, faite avant toute intervention, nous mettrait à l'abri, en nous éclairant sur les complications possibles. Mais vraiment, dans l'état actuel, avons-nous la possibilité, en clientèle courante, de donner à nos patients et à nous-mêmes, une telle sécurité ?

REVUE DES REVUES

MALADIES ET TRAITEMENT DE LA MEMBRANE PÉRIDENTAIRE

Par Arthur D. BLACK, de Chicago.

Rappelons d'abord les recherches faites par M. F. B. Noyes de la section dentaire de l'Université de l'Illinois pour montrer les vaisseaux lymphatiques qui irriguent la pulpe et les membranes péridentaires.

Le sérum est distribué à tous les tissus conjonctifs par les vaisseaux capillaires de l'appareil circulatoire, il est attiré graduellement dans les espaces et canaux de lymphe et finalement entraîné dans le système lymphatique, qui constitue un système d'irrigation pour les tissus conjonctifs. Pas de tissu de ce genre sans irrigation lymphatique. Cependant ce n'est que depuis que les recherches de Noyes sont terminées qu'on peut dire positivement que les vaisseaux lymphatiques irriguent et la membrane péridentaire et le tissu pulpaire. Comme la lymphe est souvent conductrice d'infection, il importe de connaître la route qu'elle suit pour comprendre les progrès de celle-ci. Observer d'abord la direction des vaisseaux sanguins dans la membrane péridentaire, parce qu'on verra plus tard que les vaisseaux lymphatiques accompagnent les vaisseaux sanguins.

En examinant une section longitudinale et une section transversale de la racine d'une dent et de sa membrane péridentaire adjacente, du procès alvéolaire et du tissu gingival, on remarque que le canal sanguin de la membrane a trois branches. Les vaisseaux passent par le tissu gingival de l'extérieur de l'os du procès alvéolaire, montant sur la crête du procès, puis par la membrane vers l'apex de la racine. Un ou plusieurs vaisseaux qui entrent dans la membrane vers l'apex de la racine et se divisent en 6 branches ou plus qui traversent la couronne, sont une autre source d'afflux sanguin. Le 3e groupe comprend les vaisseaux traversant l'os du procès alvéolaire depuis la face externe jusqu'à la membrane péridentaire de la face interne. En général la direction de tous ces vaisseaux sanguins dans la membrane péridentaire est parallèle au grand axe de la racine.

Noyes a démontré que de petits vaisseaux lymphatiques sont attachés à la surface de tous ces grands vaisseaux sanguins dans la membrane péridentaire et qu'il y a des vaisseaux lym-

pathiques semblables dans le tissu pulpaire. Ce fait indique clairement qu'une infection intéressant le tissu gingival et les tissus environnant le collet est conduite par les vaisseaux lymphatigues irriguant cette région et passe dans la membrane vers l'apex de la racine.

Il semble certain maintenant que l'infection commençant dans la région gingivale, en particulier dans la partie recouvrant immédiatement l'émail, suit ces lymphatiques périvasculaires dans la membrane péridentaire. Les infections causées par des dépôts de calculs salivaires ne suivent pas les vaisseaux lymphatiques de cette membrane, mais ceux attachés aux parois des vaisseaux à l'extérieur du procès alvéolaire. Cela explique le fait clinique que les dépôts de calculs salivaires ne causent pas d'ordinaire la formation de poches purulentes. En examinant les cas après l'enlèvement de ces calculs, on constate que dans la grande majorité une lame mince ne peut pas passer entre le tissu mou restant et la racine ; il n'y a pas de poche.

D'après les études faites, on peut dire que l'infection intéressant la gencive suit les lymphatiques attachés aux parois des vaisseaux sanguins dans la membrane péridentaire. Le fait que la plupart de ces vaisseaux sont parallèles au grand axe de la dent explique l'observation clinique que les poches purulentes tendent à devenir profondes plus vite qu'elles ne s'étendent de côté autour de la racine. Si la majorité des vaisseaux entourait la dent, l'infection serait amenée autour de la racine plus vite que vers l'apex et les poches seraient larges et courtes au lieu d'être étroites et profondes dans leur phase première.

Noyes a anesthésié des chiens pour forer des trous dans la chambre pulpaire des premières molaires et des canines du haut et du bas et a introduit graduellement une solution de bleu de Prusse dans de la thérébentine. Dans d'autres chiens, il a enfoncé une aiguille dans le tissu gingival et introduit de la solution. Les chiens ont été abattus et les tissus ont été disséqués pour mettre à nu ceux contenant la solution. Le bleu de Prusse avait suivi un système lymphatique défini irriguant non seulement la pulpe, mais encore la gencive et la membrane péridentaire ; il était passé par les canaux infra-orbital et mandibulaire et était arrivé aux glandes cervicales.

Dans une section longitudinale de la gencive, de l'os, de la membrane péridentaire et de la dent, on remarque la couche dense d'épithélium de la surface exposée de la gencive, qui protège toute la substance sous-jacente. L'épithélium revêtant la surface libre de la gencive située contre l'émail est moins compacte et résiste moins à l'infection. Plus profondément au-dessous

la masse solide de fibres de la membrane péridentaire fixée au cément passe dans la gencive ou dans l'os du procès alvéolaire. Sur la surface du cément, entre les extrémités des fibres se trouvent les cémentoblastes qui sont la source de vitalité pour le cément. Il y a environ une douzaine de groupes de nerfs et de vaisseaux sanguins traversant la membrane péridentaire, pour la plupart parallèles au grand axe de la racine et situés à peu près au milieu entre le cément et le procès alvéolaire. Aux parois externes de ces vaisseaux sanguins et de ces nerfs sont fixées les chaînes tenues de lymphatiques irriguant la gencive, la lymphe se mouvant dans le sens de l'apex. Les lymphatiques suivent le trajet des vaisseaux sanguins et se déversent dans les glandes cervicales.

Ces données permettent de suivre les changements pathologiques. D'abord il y a une irritation des gencives, continuant d'ordinaire longtemps ou se répétant souvent, qui rend possible l'invasion de ce tissu par des micro-organismes présents d'habitude dans la bouche. Quand on étudie les infections des gencives, principalement par des organismes de faible virulence qui causent des infections chroniques, il faut se rappeler la structure particulière des gencives. Ce tissu convient admirablement pour résister à l'infection en raison de ses cellules épithéliales compactes et de son excellente irrigation sanguine et il résiste souvent pendant des mois ou même des années à une irritation constante ou souvent répétée sans invasion sérieuse par l'infection. Sans doute l'état général, l'âge de l'individu, etc., ont une influence directe sur la gencive. Du fait que la maladie péridentaire ne semble jamais commencer ailleurs que dans la gencive, il faut conclure que toute la question des causes locales et constitutionnelles de la péricémentite chronique revient à la question de l'effet de l'irritation locale ou constitutionnelle sur la résistance de la gencive à l'infection. Si l'état est normal, la gencive résiste victorieusement à l'invasion par les organismes qui amènent des infections chroniques. Ce n'est qu'à la suite d'une infection de longue durée ou souvent répétée ou d'un dérangement constitutionnel que la gencive est sérieusement intéressée. C'est cette qualité de résistance de la gencive, constituant son rôle de protection le plus important à l'égard de la membrane péridentaire, qui permet au dentiste d'appliquer avec succès le traitement préventif.

L'infection, une fois dans la gencive, envahit graduellement plus ou moins les tissus suivant la violence de l'affection et la résistance de ceux-ci. Les petits lymphatiques prennent une partie de l'infection, qui est amenée avec le mouvement de la lymphe dans les lymphatiques périvasculaires, qui sont fixés aux parois

des vaisseaux traversant la membrane péridentaire vers l'apex. L'infection dans ces vaisseaux lymphatiques est double : il y a épaississement des parois de ceux de ces vaisseaux entourés par l'infection et une accumulation de cellules rondes depuis le tissu voisin jusqu'à la paroi.

Parfois la membrane entourant immédiatement le vaisseau sanguin est détruite sur une faible partie. Les fibres sont coupées, laissant une portion attachée au cément et une portion attachée à l'os de l'alvéole. Si la même chose se produit pour un certain nombre de vaisseaux parallèles l'un à l'autre, il se produit parfois une rupture, une poche, dans la membrane péridentaire. A ce moment le cément est couvert par de courtes extrémités de fibres, mais en raison de ce que l'afflux sanguin est interrompu et de l'exposition de ce tissu conjonctif à l'infection, il meurt bientôt, laissant le cément dénudé.

En raison de ce qui a été dit, les poches progressent en profondeur plus vite qu'en largeur ; cela correspond aux preuves cliniques. Cela explique aussi que dans des cas d'abcès alvéolaire chronique il n'y a pas de poche semblable dans la direction de la couronne de la dent, car la lymphe se meut de la gencive vers l apex et l'infection est amenée plus vite avec le mouvement de la lymphe que contre ce mouvement.

Changements survenant dans les tissus formant la paroi extérieure de la poche. — Les bouts des fibres de la membrane péridentaire fixées à l'os du procès alvéolaire disparaissent graduellement comme la zone osseuse correspondante. La destruction de ce tissu — fibres et os — est un processus pathologique et physiologique ; l'infection joue sans doute un rôle, cependant il y aurait une résorption physiologique, comme cela se produit à la suite d'une extraction. Ainsi l'os sus-jacent et le tissu conjonctif mou se changent graduellement en une substance variant entre un tissu conjonctif ordinaire et un tissu granulaire fortement enflammé, dont les vaisseaux sanguins ont des parois minces, où pénètrent aisément les micro-organismes. On arrive finalement au cément dénudé, maintenant tissu mort, parce que les cémentoblastes qui en entretenaient la vitalité ont été détruits. Le cément étant un tissu poreux a absorbé les produits de la suppuration. Il est dans le même état que le cément dénudé de l'apex dans l'abcès alvéolaire chronique. On ne saurait en aucun cas espérer un rattachement du tissu mou sus-jacent à la racine dans ce cas. Non seulement les éléments de tissu nécessaires à un rattachement normal ont été détruits, mais l'état suppuratif du cément exclut la possibilité d'un attachement comme celui qui se produit dans la réimplantation.

Dans celle-ci il y a attachement des tissus à la surface de la racine non par formation de membrane péridentaire, mais par un processus concomitant à une résorption radiculaire, celle-ci continuant jusqu'à ce que la dent devienne branlante et doive être avulsée.

Si une dent à réimplanter est plongée dans une solution antiseptique, il n'y aura pas attachement, parce que le cément aura absorbé assez de cet antiseptique pour empêcher la dent d'adhérer au tissu environnant ; il repousse les cellules de tissu mou au lieu de les attirer. Le cément enduit de pus fait de même.

Tout cela nous a amené à ne pas attendre un rattachement du tissu sus-jacent à la surface de la racine. Nous en avons fait la base du traitement dans ces cas pour agir dans la croyance que le rattachement du tissu à la surface de la racine ne pourrait être obtenu. Cela nous permet d'établir notre ligne de conduite sur une base définie. Avec quelque traitement que ce soit de ces poches, les dents branlantes deviennent plus solides à mesure que l'inflammation des tissus diminue, et nous sommes amené à croire à un rattachement. Pendant la phase inflammatoire, les fibres qui sont encore attachées n'ont pas exercé leur traction normale sur la racine ; par conséquent, la dent est trop mobile. Par suite du traitement et de la diminution de l'inflammation, les fibres attachées deviennent fermes et tiennent la dent plus solidement.

Le fait que la dent est plus ferme n'indique pas le rattachement des fibres, mais plutôt une tonification des fibres non détachées.

D'après cela, dans ma pratique, j'ai choisi beaucoup de cas dans lesquels la réinfection des poches peut être empêchée en sectionnant le tissu sus-jacent; mais il y a des cas où cela ne doit pas être fait. Ce n'est pas une panacée, mais on peut y recourir souvent. Je vois ces patients 2 ou 3 fois seulement, et j'en ai fini avec eux pour 6 mois au moins.

Au point de vue du traitement d'un cas particulier, les dents peuvent être divisées en 3 groupes : 1° celles à extraire ; 2° celles à traiter par les méthodes en vogue, notamment les poches peu profondes qui peuvent être tenues propres par la coopération du dentiste et du patient ; 3° celles dont les poches ne sont pas assez profondes pour justifier l'extraction, et cependant sont trop profondes pour permettre un pronostic favorable avec le traitement palliatif ordinaire. Dans ce groupe je résèque le tissu gingival sus-jacent, pour éliminer entièrement les poches.

On peut diviser en 3 groupes les cas dans lesquels cette opé-

ration peut se faire, la technique variant légèrement pour chacun : 1° ceux où il y a des poches sur les faces labiales ou linguales ; 2° ceux où les poches sont proximales ; 3° ceux où il y a des poches entourant entièrement un nombre considérable de dents et d'une profondeur passable.

Dans le 1er groupe, la gencive est lésée sur les faces labiales ou linguales par des bords d'obturations ou de couronnes ou par des dépôts de calculs sériques. Dans le 2e groupe, la cause est habituellement un manque de contact propre. Dans le 3e groupe, la cause est généralement un dépôt de calculs sériques ayant formé un ruban encerclant chaque dent.

Pour faire disparaître presque toutes les poches, je recours à l'anesthésie à la novocaïne.

Quand la destruction est due à un contact défectueux, il est clair qu'on ne peut pas faire une zone se nettoyant d'elle-même en retirant simplement le tissu infecté entre les dents ; mais il sera nécessaire de réséquer l'os et le tissu mou du côté labial et du côté lingual, au moins au niveau de la lésion interproximale.

L'incision labiale dans cette opération se fait avec un petit bistouri droit du côté labial, et l'on se sert d'une lame formant un angle convenable avec le manche pour pratiquer une incision semblable du côté lingual.

Pour inciser le procès et la membrane péridentaire, on se sert d'un ciseau qu'on enfonce directement dans l'os jusqu'à ce qu'il soit en contact avec la surface de la racine ; puis, avec un mouvement dans la direction de l'incision, on détache de la surface de la racine la gencive, l'os et la membrane péridentaire. Cela se fait tout le long des faces labiale et linguale.

Taille finale de la crête de l'os sur les faces labiale et linguale. — Si le bord de l'os doit être laissé exposé, il se nécrosera et s'éliminera graduellement, la bouche étant malade dans l'intervalle. La guérison peut être hâtée en taillant cet os jusqu'au-dessous du bord du tissu mou, afin que celui-ci puisse mieux déborder et recouvrir le tissu. Cette taille se fait avec une fraise à fissure ou un ciseau ; dans le premier cas, les lames finales doivent être émoussées pour que le bout puisse être tenu contre la racine sans l'entamer. Je préfère d'ordinaire un ciseau pouvant être tenu parallèlement à la longueur de la racine. L'os s'enlève facilement, car il est tendre d'ordinaire et se coupe aisément.

Le traitement ultérieur de ces cas consiste à les irriguer complètement avec de l'eau salée chaude jusqu'à ce que l'hémorragie soit arrêtée et que tous les caillots sanguins soient enlevés. On conseille alors au patient de se rincer la bouche très soigneusement avec une solution salée toutes les deux heures le reste du

jour de l'opération et immédiatement après chaque repas les jours suivants jusqu'à ce que les gencives soient guéries de façon qu'on puisse se servir de la brosse à dents.

Parfois, quand une grande portion du cément a été exposée, les dents sont sensibles aux changements thermiques pendant quelques jours. Une seule fois, dans ma pratique, la sensibilité a exigé un traitement : des applications de nitrate d'argent ont donné un résultat satisfaisant.

En quelques jours la surface sectionnée se recouvre alors d'un épithélium nouveau ; mais il faut d'habitude 3 ou 4 semaines pour que ce nouveau tissu devienne solide, de sorte qu'on peut le brosser vigoureusement sans qu'il soit douloureux ou qu'il saigne.

Si les gencives sont sérieusement enflammées, j'essaye d'ordinaire de réduire l'inflammation avant d'opérer, en enlevant les dépôts et en irriguant les poches avec une solution salée chaude.

S'il y a une seule poche profonde sur les faces labiale, buccale ou linguale à sectionner et si le tissu est enlevé dans la forme de la poche, il se reformera très rapidement et reconstituera la poche. Dans ces cas, il faut sectionner un peu plus loin de chaque côté, en donnant à la ligne d'incision une courbure graduelle. Les poches labiale ou buccale le long des racines de plusieurs dents nécessitent simplement la résection du tissu détaché et la taille du bord de l'os. La guérison est prompte d'ordinaire.

Quand il y a des poches entourant complètement les dents, l'opération consiste à réséquer tout le tissu mou jusqu'à la crête de l'os du procès alvéolaire et à tailler ensuite un peu du bord de l'os. Se rappeler que la destruction du périoste précède un peu celle de l'os du procès et il est, par suite, nécessaire d'enlever le bord de l'os pour éliminer la poche.

Ce procédé est une modification de la méthode de Riggs préntée à la profession il y a bien des années. Il y a beaucoup de cas où les poches sont peu profondes et peuvent être mieux traitées sans enlever le tissu mou.

Les poches pouvant être tenues propres, quelle que soit leur position, sont sauvées en fait, en ce qui concerne l'infection constitutionnelle. La question, c'est de les tenir propres. Beaucoup de poches peu profondes peuvent l'être par le patient, par lavage avec une seringue 2 fois par jour et, si le dentiste voit ces cas assez souvent pour trouver et enlever promptement les dépôts et maintenir les contacts voulus, c'est souvent le meilleur traitement. Nous servons mieux nos patients si nous examinons plus soigneusement, enlevons les mauvaises dents de

bonne heure et parfois sauvons le reste de la denture, au lieu de laisser celle-ci périr graduellement.

En résumé le temps n'est plus où nous étions justifiés à traiter ces cas suivant que les dents pouvaient être ou non conservées aptes à la mastication. Si une dent devenait brusquement malade et guérissait, nous n'y pensions plus. Aujourd'hui, il faut d'abord se préoccuper du danger constitutionnel que les cas présentent et il faut peser bien des fois une chose et l'autre, la valeur des dents mastiquantes et la menace qu'elles présentent pour la santé de l'individu. En étudiant ces cas on constatera qu'à mesure que les poches se creusent, il faut extraire plus de dents que la majorité d'entre nous ne l'ont fait. Quelques-uns sont tombés dans l'excès contraire et extrayent beaucoup de dents qui devraient être conservées. Il faut extraire suivant que nous réussissons ou non à empêcher la réinfection des alvéoles.

Si avec des examens attentifs et la connaissance des découvertes récentes en pathologie, nous pouvons reconnaître que nous n'essayons pas d'obtenir le rattachement des tissus, mais que nous sommes résolus à empêcher la réinfection continue, nous serons dans de bien meilleures conditions pour traiter ces cas que précédemment.

(*Dental Summary*, octobre 1919.)

REVUE ANALYTIQUE

M.-R. DURAND. — ***Dysembryome sous-maxillaire.***

L'auteur présente différentes coupes histologiques d'une tumeur qui était grosse environ comme un œuf et siégeait dans la région sous-maxillaire gauche. L'opération se fit facilement. L'examen anatomo-pathologique en révéla la nature ; il s'agissait d'une tumeur mixte, dite dysembryome. Macroscopiquement, la tumeur était arrondie, à contours nets et de coupe uniforme ; histologiquement, elle avait la structure de tumeur mixte d'origine branchiale, tissu conjonctif jeune myxoïde, nettement prédominant, entremêlé de quelques traînées épithéliales typiques. (*Société anatomique*, 12 juin 1920.)

A. SACCO. — ***Pseudo-ankylose du maxillaire inférieur par myosite fibreuse rétractile. Opération. Guérison.***

Le malade dont l'auteur rapporte l'observation est un homme de 27 ans, ayant eu, à l'âge de 7 ans, une carie d'une grosse molaire avec ostéite et élimination de séquestres. La guérison s'accompagna d'une

déformation avec gêne considérable des mouvements des maxillaires. Ces phénomènes se sont accentués au point, qu'à l'âge de 25 ans, le malade ne peut séparer ses arcades que de quelques millimètres et se nourrir que de liquides. Les mouvements de latéralité sont nuls. Le malade présente de la céphalée, de la névralgie faciale et un état général médiocre. L'examen révèle des masseters contractés, durs et douloureux ; la radiographie démontre l'intégrité totale de l'articulation temporo-maxillaire.

Sous l'anesthésie générale, les attaches du masseter et du ptérygoïdien à l'angle de la mâchoire sont désinsérées, selon la technique de Le Dentu ; des mouvements forcés rompent les adhérences et l'on obtient un écartement suffisant des mâchoires. Deux ans après l'opération il n'y a pas de récidive et l'état général est bon.

Etant données les difficultés que présente souvent le diagnostic étiologique des constrictions des mâchoires, l'auteur pense qu'il est utile de toujours pratiquer d'abord ces opérations simples qui suffisent dans un cas de myosite rétractile et seront un temps préliminaire utile s'il faut agir directement sur une ankylose vraie.

(*La Prensa Medica Argentina*, 10 décembre 1919.)

L. Dor. — *Les troubles oculaires d'origine dentaire.*

L'auteur fait une étude très intéressante et très documentée sur les troubles oculaires d'origine dentaire. Ces troubles sont de deux ordres : réflexes ou infectieux. Les troubles oculaires d'ordre réflexe sont l'asthénopie et l'amblyopie.

Les troubles infectieux se divisent en troubles très graves, mais très rares (phlébite de la veine ophtalmique) ; et en troubles plus fréquents mais aussi moins graves (névrite optique, irido-choroïdite, iritis, hémorragie intraoculaire, décollement rétinien, zonas, kératites). L'iritis dite rhumatismale constitue le type le plus fréquent des troubles infectieux d'origine dentaire. En outre, l'auteur considère l'infection dentaire comme la cause la plus fréquente de la névrite rétrobulbaire.

Les abcès périapicaux avec fistule des prémolaires supérieures sont les plus à redouter.

Le traitement comporte d'abord l'extraction de la dent infectée, puis, pour combattre les désordres occasionnés, l'emploi de sérums polyvalents pris par la bouche et le lait bouilli en injections hypodermiques.

(*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1920.)

Leri et Cochez. — *Plaques pigmentaires buccales et syphilis.*

Les auteurs présentent deux malades atteints de pigmentation en plaques de la muqueuse buccale. Ces malades ayant toujours vécu en France, il ne peut donc s'agir de pigmentation d'origine ethnique. Ils ne présentent pas de signes de la maladie d'Addison, mais ils sont syphilitiques ; l'un a de l'ectasie aortique, l'autre des signes de Tabes inci-

pients. Ce dernier a, de plus, un vitiligo extrêmement étendu. Or, on connaît les relations qui ont été établies entre le vitiligo et la syphilis.

En présence de ces faits et d'autres analogues recueillis dans la littérature, il y a lieu de se demander si certaines pigmentations buccales, considérées jusqu'ici comme physiologiques, ne sont pas en réalité d'origine syphilitique, s'il ne s'agit pas d'un véritable vitiligo des muqueuses spécifiques.

Peut-être même peut-on penser que ces pigmentations anormales de la peau et des muqueuses sont en rapport, ainsi que l'hypothèse en a été émise pour les syphilides pigmentaires par Darier, avec l'atteinte par le virus syphilitique des plexus nerveux péricapsulaires.

(*Société Médicale des Hôpitaux*, Paris, 23 juillet 1920.)

MILLS. — ***L'infection dentaire dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales.***

Il existe depuis quelques années en Amérique une étrange aberration qui consiste à rattacher d'une façon systématique à l'infection dentaire les maladies chroniques les plus diverses et les plus disparates, dont l'étiologie est encore obscure : arthropathies, myocardites, gastrites, affections stomacales et digestives variées, néphrites, goître, artériosclérose, affections mentales. De là, des extractions dentaires systématiques et en masses, qui n'ont amené aucun changement dans la situation du malade, mais ont créé un édenté de plus.

Mills, neurologiste distingué, s'élève ici avec force contre de pareils errements. Il a pu suivre une quarantaine de malades chez lesquels des maladies nerveuses ou mentales (démence précoce, folie maniaque, dépressive, épilepsie, neurasthénie, hystérie) avaient été attribuées à l'infection dentaire et traitées en conséquence sur le conseil de médecins, de dentistes. L'avulsion d'un nombre plus ou moins grand de dents n'amena pas chez ces malades la plus petite amélioration ni modification, elle fournit même souvent un nouveau motif à leurs obsessions. Mills n'hésite pas à qualifier cette nouvelle méthode de traitement non seulement d'inutile, mais encore de criminelle.

(*New York Medical Journal*, 17 avril 1920.)

CHOMPRET. — ***Anesthésie par injections intraligamenteuses.***

L'extraction d'une dent consiste en la rupture plus ou moins brusque des attaches de cet organe avec les tissus environnants. L'anesthésie qui permettra de procéder à cette opération sans douleur devra donc intéresser avant tout les attaches de la dent, autrement dit les ligaments circulaires et intra-alvéolaires.

Jusqu'ici tous les auteurs classiques ont recommandé de faire uniquement les injections dans la fibro-muqueuse en poussant le liquide dans le tissu cellulaire sous muqueux avoisinant la dent. L'anesthésique va impressionner d'abord les extrémités nerveuses périphériques de la fibro-muqueuse et ensuite celles des couches sous-jacentes, c'est-

à-dire le périoste, l'os, et enfin le ligament intra-alvéolaire ; heureusement, le ligament circulaire, se continuant sans limite nette avec la fibro-muqueuse environnante, sera rapidement anesthésié par la piqûre poussée dans la gencive. L'anesthésie demandera donc un temps d'autant plus long à obtenir que le procès alvéolaire sera plus épais, plus dense, plus calcifié, et il arrivera même que l'anesthésie sera déficiente quand ce ne sont plus les mêmes terminaisons nerveuses qui énervent le ligament intra-alvéolaire et la gencive (c'est ce qui se passe d'ailleurs pour les grosses molaires inférieures).

Ce sont ces considérations qui ont amené M. Chompret à anesthésier directement autant que possible les ligaments de l'articulation dentaire que nous devons détruire au cours de l'extraction dentaire.

Modus faciendi. — Avec une bonne seringue (genre Impériale ou Thésée), une aiguille interchangeable, à biseau court et non effilé, on dirige l'injection perpendiculairement à l'axe de la dent sous le bourrelet gingival interdentaire. autrement dit dans le ligament circulaire. Cette piqûre, poussée carrément, est peu douloureuse ; cependant, pour éviter aux sujets pusillanimes toute douleur, on peut appliquer avant, sur la gencive au collet de la dent, un coton imbibé de liquide de Borain. On pousse ainsi une goutte de liquide anesthésique à la face mésiale et à la face distale de la dent à extraire ; de cette façon le ligament circulaire est rapidement insensibilisé et l'on passe alors au second temps qui consiste à injecter le liquide anesthésique dans le ligament intra-alvéolaire. Pour cela, tenant la seringue presque verticalement, on applique le biseau de l'aiguille au collet de la dent, et passant sous le ligament circulaire on pousse l'aiguille progressivement et sans à coup aussi loin que possible dans l'articulation alvéolo-dentaire. Quand on ne peut plus avancer, on pratique l'injection qui ne nécessite jamais qu'une quantité infime de liquide. Pour les dents uniradiculaires, on fera une piqûre côté mésial et une côté distal ; pour les grosses molaires, on fera en plus une injection côté vestibulaire et côté lingual. On obtiendra ainsi rapidement, très rapidement, avec une très faible quantité de liquide, l'anesthésie parfaite qui permettra l'extraction sans douleur. M. Chompret considère, et on peut dire je crois avec juste raison, l'injection intraligamenteuse comme la méthode de choix pour la plupart des cas d'extractions dentaires.

(*Société de stomatologie*, 19 avril 1920.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE STRASBOURG[1]

26-31 *juillet* 1920.

Section d'Odontologie (14e section).

(Suite.)

IV. — Méthode nouvelle pour l'étude des restaurations plastiques de la face, par A. Pont.

M Pont donne lecture d'une communication sur ce sujet et fait une démonstration de son procédé sur un modèle (V. p. 21, nº de janvier).

Discussion.

M. G. Villain rappelle que pendant sa mission aux Etats-Unis il a cherché à montrer aux dentistes américains les travaux de leurs confrères français en prothèse maxillo-faciale, notamment ceux de M. Pont. Le succès de cette méthode a été considérable; il tient à le dire publiquement, bien qu'il soit incompétent en la matière.

M. Vichot tient à remercier M. Pont de ses recherches sur la restauration maxillo-faciale. Chacun connaît les résultats obtenus par le centre maxillo-facial de Lyon, qui figurent au musée du Val-de-Grâce. Ce procédé est réellement merveilleux. Avant d'être dans le service de M. Pont, il a été dans celui d'un grand chirurgien de Paris, qui ne connaissait pas cette méthode et en employait une autre, beaucoup moins parfaite.

M. G. Villain fait observer que l'Ecole lyonnaise a eu pour maître Claude Martin ; il faut se féliciter qu'elle ait encore à sa tête un successeur aussi distingué que M. Pont. (*Applaudissements.*)

M. Godon dit que son collègue Pailliottin lui fait remarquer que c'est une extension du fantôme qui a tant de succès dans l'enseignement de l'Ecole dentaire de Paris.

---

1. V. *Odontologie*, août, septembre, octobre et décembre 1920.

V. — Porte-radium universel pour le traitement des tumeurs du larynx et du pharynx, par A. Pont.

M. Pont donne lecture d'une communication sur ce sujet (v. p. 84).

VI. — De l'hygiène dentaire publique et en particulier de l'hygiène dentaire scolaire (Inspection et traitement), par Ch. Godon.

M. Godon donne lecture d'une communication sur ce sujet (v. p. 80).

Discussion.

M. Ferrand estime que les dentistes n'attachent pas une importance suffisante aux questions d'hygiène. Il a proposé que le Cercle odontologique se transforme en société d'hygiène dentaire ; il lui a été répondu qu'il existait déjà une société de ce genre. Il demande que cette question soit discutée par des professionnels, car le programme contenu dans les belles propositions de loi déposées n'est pas réalisable, dans les campagnes surtout, où il sera impossible de faire les inspections dentaires. Ne pourrait on pas demander que les instituteurs fissent l'examen de la bouche de leurs élèves pour savoir s'ils se sont lavé la bouche ?

Il demande, en terminant, que la section émette le vœu que le Comité national français d'hygiène dentaire, présidé par M. Roy, s'organise pour créer des services dentaires scolaires.

M. Godon demande si M. Ferrand est d'avis d'appuyer le vœu qu'il a présenté.

M. Ferrand répond affirmativement.

M. *Godon* dit que la ville de Strasbourg dépense 110.000 francs pour sa clinique dentaire scolaire et la ville de Paris pas un centime.

M. *Ravet* est partisan d'appuyer énergiquement le vœu proposé par M. Godon. Il est dentiste inspecteur de l'école normale de Lyon et il a constaté que les dents des élèves sont dans un état déplorable. Dans ce milieu on pèche par ignorance. L'un de ces élèves lui sert de sujet pour montrer la nécessité d'une bonne denture.

Il faut que l'inspection se fasse dans toutes les écoles ; il faut, de plus, que le dentiste inspecteur soit tenu de faire des conférences sur la nécessité de l'hygiène dentaire aux maîtres, aux élèves, aux parents.

M. *Godon* fait observer que tous les pays se sont vus en présence des mêmes difficultés ; aussi a-t-on préconisé les infirmières scolaires, qui signalent au médecin et au dentiste les enfants qui ont besoin de soins.

La proposition de loi déposée au Sénat sera examinée par une Commission qui se préoccupera des moyens d'exécution.

M. *Roy* accepte le vœu de M. Godon, mais estime qu'il ne faut pas s'illusionner sur les résultats que la proposition de loi peut donner. Une inspection est à peu près sans valeur si elle n'est pas suivie d'action. L'inspection de 100.000 bouches sans les traiter ne vaut pas le traitement de 100 bouches. Pendant la guerre si l'on avait fait des conférences sur l'hygiène dentaire, cela n'aurait servi à rien ; en soignant les militaires on a donné une leçon de choses. Ce n'est pas sur le papier qu'il faut faire quelque chose, c'est dans la réalité.

Pour sa part, deux fois par an il inspecte la bouche des élèves de l'école normale de la Seine et il leur fait des conférences. Or, malgré ses objurgations, les 9/10 d'entre eux ne se font pas soigner et cela parce qu'il faut aller chercher les soins dentaires au dehors : il a donc songé à les faire soigner à l'Ecole même et il a pu, dans ce but, avoir le matériel nécessaire. Un résultat cependant a été obtenu : 99 o/o des élèves ont la bouche propre. On sait, d'autre part, ce qu'a donné l'inspection dentaire organisée dans l'armée en 1907 : néant ou à peu près.

M. Field Robinson est d'avis de commencer par quelque chose et pour cela d'appuyer le vœu de M. Godon. Il rappelle que le pionnier de l'hygiène dentaire scolaire est le regretté Cunningham, de Cambridge, dont la tentative a si bien réussi que le Ministre s'y est intéressé et a donné 6.000 fr. à un dentiste de la ville pour inspecter les dents des écoliers. Le système s'est étendu à toute l'Angleterre et, sans que ce soit prescrit par une loi, presque toutes les villes l'ont adopté.

Il profite de cette occasion pour saluer la mémoire de Cunningham et il recommande à la section d'appuyer chaudement le vœu de M. Godon.

M. Ravet répond à M. Roy que les conférences aux élèves sont sans effet, car c'est sur les parents qu'il faut agir.

Pour M. *G. Villain*, M. Godon est d'accord avec MM. Roy, Ferrand et Ravet. En Allemagne il existe une organisation officielle ; en Angleterre et aux Etats-Unis, c'est une organisation privée, qui n'est pas sous le contrôle de l'Etat. Un organisme privé fait ce qu'il veut et l'Etat n'agit pas généralement. Or, peut-on demander en ce moment de l'argent au Gouvernement français pour des soins dentaires ? Ce que l'Etat ne peut faire, l'organisation professionnelle peut le faire. La guerre est venue ; le traitement des dents des militaires a été fait. Comment ? Par l'initiative privée des praticiens ou par les organisations professionnelles. Il y a lieu de suivre la même marche, puisque l'or-

ganisation privée française a donné des résultats. Le vœu de M. Godon pose un principe. Eh bien ! les dentistes doivent créer le service dentaire des enfants pauvres — c'est là un devoir moral de leur part ; — ils doivent soigner les dents de ces enfants et ceux-ci viendront leur demander des soins toute leur vie.

M. G. Villain ne demande pas mieux que la section vote quelque chose qui, par l'intermédiaire de l'A. F. A. S., ira aux pouvoirs publics, mais il est convaincu que ce sera l'organisation professionnelle établie par les dentistes qui prévaudra. Qu'elle émette un vœu ici avec obligation pour la F. D. N. de présenter l'an prochain un programme de réalisation. C'est parmi les femmes chirurgiens-dentistes qu'on trouvera les auxiliaires dont on aura besoin.

En terminant il dépose le vœu ci-après comme suite au vœu de M. Godon :

« La section d'~~Odontologie du Congr~~ès de l'A. F. A. S. invite » la Fédération dentaire nationale à étudier d'urgence et à réaliser » dans le délai le plus réduit l'organisation par la profession de » l'inspection et du traitement dentaires scolaires ».

M. Roy, comme président du Comité national français d'hygiène dentaire, a le regret de constater la profonde indifférence des dentistes. Or cette apathie est doublement coupable, parce qu'ils manquent à un devoir social et à un devoir professionnel ; cependant ces soins gratuits donnés aux enfants pauvres seraient retrouvés au centuple. Son désir est que les soins donnés aux élèves des écoles normales soient gratuits, comme le sont les soins qu'ils reçoivent pendant leur séjour à l'école pour les autres maladies.

M. Godon reconnaît que les critiques formulées sont justes ; mais c'est affaire à la Commission du Sénat de les examiner. Ce qu'il a voulu, c'est que la section soit saisie de la question. Il s'agit simplement d'appuyer par un vœu une proposition de loi déposée et qui suivra son cours.

Il remercie M. Robinson d'avoir évoqué la mémoire de Cunningham, qui a joué un grand rôle dans cette question.

Ce que les dentistes ont fait pour les recrues, ils peuvent le faire pour les enfants des écoles ; il appuie donc le vœu de M. G. Villain.

M. Vichot croit que la Section est d'accord sur le principe de l'inspection et du traitement des enfants des écoles.

Le vœu de M. Godon et celui de M. Villain sont mis aux voix et adoptés à l'unanimité.

VII. — L'ANESTHÉSIE SANS MÉDICAMENT PAR LE GAZOTHERME, PAR F. FABRET (DE NICE).

M. Fabret donne lecture d'une communication sur ce sujet et

présente son appareil (v. p. 87 ; v. aussi p. 553, n° du 30 octobre 1920).

DISCUSSION.

M. Guebel demande comment M. Fabret a été amené à ces expériences et quelles sont les modifications qui se produisent dans les tissus.

M. Pailliottin demande comment se règle la température.

M. Fabret. — Avec une vis.

M. Roy dit que le procédé de M. Fabret est une application d'une chose ancienne dont le mérite revient au regretté confrère d'Argent, qui a signalé l'anesthésie de l'ivoire par le coryl. Mais l'application de coryl ou de chlorure d'éthyle est fugace et d'application difficile ; en outre, le liquide projeté se trouvant à une basse température provoque d'abord une vive douleur. L'avantage du procédé de M. Fabret, outre la possibilité de continuer l'action longtemps, réside dans la progression de l'abaissement de température qui évite cette douleur initiale très vive avant la période anesthésique.

M. Pont estime bien conçu cet appareil qui agit par le froid et supprime la transition brusque. Il trouve le titre un peu mystérieux. Il a été employé des liquides et non des gaz.

M. Spira rappelle qu'il y a une dizaine d'années on a employé l'acide carbonique pour obtenir l'anesthésie par le froid, mais cette application ne permettait pas d'augmenter la dose de froid. Il se propose de parler, dans la séance de démonstrations pratiques, de l'application du chlorure d'éthyle, qui permet de pousser jusqu'à la pulpe.

M. Fabret se sert de l'oxygène parce qu'on peut lui communiquer jusqu'à 40° de froid.

Il aurait dû compléter ainsi le titre de sa communication : *l'anesthésie sans médicament.*

M. Vichot remercie M. Fabret de sa communication ; on verra l'emploi de son appareil à la séance de démonstrations pratiques du lendemain matin.

Il annonce qu'un Congrès professionnel de l'art dentaire se tiendra à Anvers les 3, 4 et 5 septembre.

M. Huet ajoute qu'à ce moment-là la Fédération dentaire nationale belge organisera une réunion avec la Fédération dentaire nationale française.

M. Vichot répond que quelques congressistes s'y rendront avec joie.

La séance est levée à 6 heures.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE

Dispositions concernant les étudiants. Le recrutement des officiers de réserve.

*Nous empruntons à l'*Echo de Paris *du 3 janvier les renseignements suivants :*

Le nouveau projet du gouvernement pour assurer le recrutement des officiers de réserve soumet à des obligations spéciales l'élite intellectuelle.

Les élèves de toutes les grandes écoles civiles, sans distinction, recevront l'instruction militaire pendant leurs deux ou trois années d'école et ne feront qu'un an de service actif à leur sortie comme sous-lieutenant de réserve s'ils ont satisfait aux examens d'un concours, comme sous-officiers dans le cas contraire. Les premiers passeront une partie de l'année d'activité à l'Ecole d'application de leur arme, où ils seront en contact avec les sous-lieutenants de l'active. Après leur libération, ils seront soumis à 6 mois de périodes d'exercices (au lieu de deux pour les hommes de troupe) et serviront pendant 18 ans comme officiers dans la réserve. Ils devront contracter un engagement de 3, 4 ou 5 ans, suivant que la durée de leurs études est de 2, 3 ou 4 ans, au moment de leur entrée dans les écoles.

Pour les étudiants qui ne passent pas par ces grandes écoles civiles, comme les étudiants des facultés, notamment des facultés de médecine, qui bénéficieront de sursis d'incorporation de quelques années et de facilités particulières pour continuer leurs études en accomplissant leur service militaire, le projet exige d'eux, en compensation de ces faveurs : 1° 3 ans de service ; 2° d'être officiers de réserve jusqu'à l'âge fixé par le ministre et au plus tard jusqu'à leur passage dans la territoriale. Ces étudiants, qui auront contracté l'engagement de 3 ans, recevront pendant deux ans l'instruction militaire, tout en suivant les cours des facultés, dans la ville de leur choix. Ils accompliront leur troisième année de service dans un corps de troupe comme officiers de réserve, à condition d'avoir satisfait à un concours (étudiants en lettres, sciences et droit) ou d'avoir obtenu (étudiants en médecine, en pharmacie et chirurgie dentaire) un diplôme. Ceux qui auront échoué à ces examens ou concours feront leur troisième année de service comme sous-officiers ou comme médecins,

pharmaciens ou dentistes auxiliaires (s'ils ont le nombre d'inscriptions nécessaires et s'ils ont satisfait à l'examen d'aptitude).

Enfin, les jeunes gens instruits qui n'appartiennent à ces deux premières catégories d'étudiants pourront également devancer ou retarder l'appel en contractant un engagement de deux ans ; ils serviront un an dans les écoles d'élèves-officiers de réserve et un an dans un corps de troupe comme officiers de réserve.

Ces dispositions englobent donc tous les jeunes gens qui composent l'élite instruite.

Tous les sous-lieutenants ou assimilés de la réserve, quelle que soit leur origine, serviront dans la réserve jusqu'à l'âge fixé par le ministre et au plus tard jusqu'à leur passage dans la territoriale.

Ajoutons que le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a commencé depuis quelque temps déjà des démarches pour que la situation des étudiants en chirurgie dentaire soit sauvegardée, au même titre que celle des autres étudiants.

D'ailleurs nous reproduisons ci-après les articles 22 *et* 25 *du projet de loi* (*déposé par le Gouvernement à la Chambre des députés à la* 2e *séance du* 14 *décembre* 1920) *qui intéressent les étudiants en chirurgie dentaire.*

Article 22. — Un sursis d'incorporation valable de l'appel de leur fraction à l'appel de la fraction suivante peut être accordé aux jeunes gens qui en font la demande, qu'ils aient été classés par le Conseil de revision dans le service armé ou dans le service auxiliaire.

A cet effet, ils doivent établir que, soit à raison de leur situation de soutien de famille, soit pour leur apprentissage, soit dans l'intérêt de leurs études, soit pour les besoins de l'exploitation agricole, industrielle ou commerciale à laquelle ils se livrent pour leur compte ou pour celui de leurs parents, soit à raison de leur résidence à l'étranger, il est indispensable qu'ils ne soient pas enlevés immédiatement à leurs travaux.

Les jeunes gens qui désirent un sursis d'incorporation de plus de six mois dans l'intérêt de leurs études doivent joindre à leur demande l'engagement écrit : 1° de servir pendant la durée fixée aux articles 24, 25 et 26 ci-après ; 2° de concourir ultérieurement pour l'obtention du grade d'officier de réserve dans les conditions prévues par les articles 24, 25 et 26 ci-après ; 3° de demeurer officiers de réserve, sauf infirmités dûment constatées, jusqu'à l'âge fixé par le Ministre et au plus tard jusqu'à leur passage dans l'armée territoriale.

En compensation, le sursis d'incorporation accordé dans l'intérêt des études peut avoir une durée variant d'un à quatre ans.

Les demandes de sursis adressées au maire, dans les deux mois qui précèdent les opérations du Conseil de revision, sont instruites par lui, le Conseil municipal donne son avis motivé. Elles sont envoyées au

préfet et transmises par lui avec ses observations, au Conseil de revision qui statue.

Le sursis d'' corporation ne confère aucune dispense. Les jeunes gens qui ont obtenu un sursis d'incorporation sur leur demande, suivront, après leur libération, le sort de leur classe d'âge.

Le jeune soldat qui a obtenu un sursis d'incorporation dans l'intérêt de ses études a la faculté d'y renoncer ultérieurement ; mais, s'il en a bénéficié plus de six mois, il demeure astreint aux engagements qu'il a pris lors de sa demande de sursis. Il en fait la demande écrite au bureau de recrutement de son domicile, et est incorporé avec la fraction appelée immédiatement après sa renonciation.

En temps de guerre, l'effet des sursis accordés en vertu du présent article ou de l'article précédent est suspendu et ces jeunes gens sont appelés avec leur classe d'âge.

Article 25. — Les étudiants régulièrement inscrits dans une faculté et les élèves des instituts, des universités âgés de 18 à 21 ans et remplissant des conditions de scolarité déterminées, qui contracteront un engagement de trois ans, et ceux bénéficiaires d'un sursis d'incorporation de plus de six mois qui, aux termes de l'article 23 de la présente loi, sont tenus de contracter le même engagement, recevront pendant deux années, tout en suivant les cours des facultés ou instituts, l'instruction militaire préparatoire au grade d'officier de réserve, dans des conditions semblables à celles prévues à l'article précédent pour les élèves des grandes écoles civiles.

Un règlement d'administration publique fixera les conditions de scolarité exigées pour contracter ledit engagement, les obligations d'assiduité aux exercices de la Faculté et à ceux de l'instruction militaire préparatoire, les cas dans lesquels le bénéfice des présentes dispositions sera retiré, l'organisation de l'instruction militaire et les armes d'affectation des intéressés.

Ceux qui, à la fin de leur deuxième année de service, auront réussi simultanément aux examens universitaires correspondant à leur scolarité et au concours pour sous-lieutenant de réserve, ou pour les étudiants en médecine, pharmacie et dentisterie, ceux qui auront obtenu le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste, ou réussi au concours de l'internat des hôpitaux dans les villes françaises ayant une Faculté de médecine, accompliront une troisième année de service comme officiers de réserve, et seront ensuite tenus de servir comme officiers de réserve jusqu'à l'âge fixé par le ministre et au plus tard jusqu'à leur passage dans l'A. T. Dans le cas contraire, ils pourront être nommés sous-officiers pour cette troisième année de service ou, pour les étudiants en médecine, pharmacie ou dentisterie, médecins, pharmaciens ou dentistes auxiliaires, s'ils ont le nombre d'inscriptions nécessaires et s'ils ont satisfait à l'examen d'aptitude.

LES ÉLECTIONS AU CONSEIL DE PRUD'HOMMES

Comme suite à ce que nous avons publié sur cette question dans notre numéro de janvier nous reproduisons ci-après la consultation qui a été demandée au conseil judiciaire de l'A. G. S. D. F.

Vous voulez bien me demander par votre lettre du 15 janvier 1921 mon avis sur les difficultés qui peuvent s'élever entre les dentistes et les personnes qu'ils emploient dans l'exercice de leur profession, telles que les mécaniciens et les élèves ou assistants.

Nous avons eu l'occasion, M. Godon et moi, de traiter cette question dans la seconde édition que nous avons donnée (1913) du *Code du chirurgien-dentiste*, p. 214 et suivantes. Mais peut-être l'avons-nous fait d'une manière un peu sommaire. Je crois donc répondre à votre désir en donnant des explications plus complètes.

Les difficultés qui peuvent se présenter dans les rapports des dentistes avec les personnes qui les assistent sont dominées par ce principe général, que l'exercice de l'art dentaire ne constitue ni un commerce ni une industrie. Le dentiste n'achète pas pour revendre. Sa profession consiste essentiellement à soigner les clients, qui s'adressent à lui pour des affections de l'appareil dentaire ou de la bouche : accessoirement ils fabriquent et ils fournissent pour ces mêmes clients des appareils de prothèse. Mais ces fournitures se rattachent au traitement. Ils exercent donc une profession libérale comme le médecin ou l'avocat.

Ce point doit être considéré comme constant en jurisprudence et en doctrine.

Quelles en seront les conséquences dans les rapports que les dentistes pourront avoir avec ceux qui les assistent. On peut distinguer diverses catégories d'assistants : les élèves stagiaires ; les aides ; les mécaniciens.

En ce qui concerne les élèves stagiaires, il convient tout d'abord de rappeler qu'aux termes du décret du 11 janvier 1909 le médecin ou chirurgien-dentiste, qui reçoit des élèves stagiaires, doit obtenir l'autorisation du recteur d'académie et s'assurer que l'élève est majeur de seize ans. Il a le devoir de lui donner l'instruction technique.

Les conventions qu'il pourra faire avec le stagiaire sont-elles soumises aux dispositions législatives ou réglementaires relatives à l'apprentissage ?

La loi du 4 mars 1851 a donné la définition du contrat d'apprentissage : c'est celui par lequel un fabricant, un chef d'atelier ou un ouvrier s'oblige à enseigner la pratique de sa profession à

une autre personne, qui s'oblige en retour à travailler pour lui, le tout à des conditions et pendant un temps convenus.

Il est manifeste que la profession de dentiste ne rentre pas dans cette définition. L'art dentaire n'est pas une industrie ; l'élève ne se prépare pas à une profession manuelle : le dentiste ne fabrique des appareils que pour des clients déterminés et en vue d'un traitement médical.

La loi sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels du 4 novembre 1912 pourrait soulever quelque doute à raison des termes de l'art. 1er qui s'exprime ainsi : « Le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les usines, manufactures, mines, minières et carrières, chantiers, ateliers et leurs dépendances, de quelque nature que ce soit, publics ou privés, laïques ou religieux, même lorsque ces établissements ont un caractère d'enseignement professionnel ou de bienfaisance, est soumis aux obligations déterminées par la présente loi ».

Mais l'économie générale de la loi suffit à écarter son application aux élèves stagiaires, malgré ces mots « même lorsque ces établissements ont un caractère d'enseignement professionnel ». La loi vise, comme celle de 1851, les enfants qui se destinent au travail dans un établissement industriel. Cela résulte tant de la rubrique sous laquelle elle a été placée que des dispositions qui y sont éparses. Il y est toujours question des élèves d'industrie et des patrons. D'ailleurs il serait peu raisonnable de considérer comme un établissement la réunion de trois élèves au maximum (chiffre fixé par la loi du 30 novembre 1892) chez un médecin ou chez un chirurgien-dentiste.

Les relations du médecin ou du chirurgien-dentiste avec l'élève ou les élèves qui feront chez lui le stage prévu par la loi du 30 novembre 1892, seront donc régies par le droit commun ou par des conventions particulières. Les lois relatives à l'apprentissage ou au travail des enfants, dans les établissements industriels ne leur seront pas applicables.

La situation sera identique en ce qui concerne les élèves, qui fréquenteront un cabinet dentaire, après l'examen de validation du stage, ou ceux qui assisteront le praticien après avoir terminé leurs études.

Mais s'ils s'occupent dans ce cabinet plus spécialement de travaux de prothèse, deux autres questions peuvent se poser :

En cas d'accident, la loi de 1898 sur les accidents du travail sera-t-elle applicable ?

En cas de contestation, le litige sera-t-il de la compétence du conseil de prud'hommes ?

La loi relative aux accidents du travail a déterminé dans son art. 1er les entreprises assujetties au risque professionnel. Il s'agit des accidents « survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers ou employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre ou par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières et carrières et en outre dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux ».

Ni le cabinet, ni l'atelier de prothèse du dentiste ne rentrent dans ces catégories. La loi du 12 avril 1906 a bien étendu, il est vrai, le risque professionnel aux entreprises commerciales. Mais l'art dentaire, même dans ses applications mécaniques, ne constitue pas un commerce.

La jurisprudence est d'ailleurs fixée en ce sens. Un arrêt de la Cour de cassation, en date du 29 décembre 1908, a cassé l'arrêt de la Cour de Paris du 24 novembre 1906, qui avait condamné un cultivateur qui, par exception, avait employé des ouvriers à l'extraction de pierres dans une carrière. L'arrêt décide qu'aux termes de l'art. 1er de la loi de 1898 les industriels et chefs des entreprises commerciales qui y sont dénommées sont seuls responsables des accidents du travail, que le cultivateur ne devient pas carrier parce qu'il aura fait extraire du gravier par ses ouvriers, que ce n'est pas le travail exécuté qui détermine si l'accident est régi par la loi de 1898, mais bien uniquement la profession du maître (Cf. *Code du chirurgien-dentiste*, p. 221 et Dalloz, 1909.1.510).

Plus spécialement, et par application du même principe, le tribunal de la Seine a écarté l'application de la loi sur les accidents du travail, dans un cas où un mécanicien-dentiste s'était piqué au doigt en essayant un appareil dans la bouche d'un client atteint de syphilis. Le jugement se fonde sur ce que la profession de dentiste est une profession libérale et sur ce que le défendeur n'avait exercé en même temps aucune profession pouvant révéler un caractère industriel ou commercial (Cf. *Code du chirurgien-dentiste*, p. 220 et *Odontologie* du 15 décembre 1911).

Il suit de là que les accidents qui peuvent survenir aux mécaniciens ou plus généralement aux personnes employées par le chirurgien-dentiste dans l'exercice de sa profession sont régis par le droit commun. Le dentiste n'est responsable que si la victime de l'accident rapporte la preuve que cet accident lui est imputable. Mais si cette preuve est rapportée, il doit la réparation de l'intégralité du dommage (Art. 1382 et s. C.).

Quant aux contestations qui peuvent s'élever entre le dentiste et son mécanicien, elles sont de la compétence de la juridiction civile.

La loi du 27 mars 1907 sur les conseils de prud'hommes détermine en effet les limites de leur juridiction dans l'article 1er en ces termes : « Les conseils de prud'hommes sont institués pour terminer par voie de conciliation les différends qui peuvent s'élever à l'occasion du contrat de louage dans le commerce et l'industrie entre les patrons et leurs représentants et les employés, ouvriers et apprentis de l'un et de l'autre sexe qu'ils emploient. Ils jugent dans les conditions de compétence déterminées par les articles 32, 33, 34 et 35 de la présente loi, les différends à l'égard desquels la conciliation a été sans effet. »

Il ne peut donc être question que des contrats de louage conclus dans le commerce ou l'industrie. L'art dentaire, qui est une profession libérale, est donc en dehors des prévisions de la loi.

La question a été d'ailleurs tranchée pour les chirurgiens-dentistes par un jugement du tribunal de la Seine du 5 janvier 1909 (D. 1909 5.94). Le doute venait de ce que le décret du 23 mars 1908, relatif à la réorganisation du conseil des prud'hommes de Paris, avait créé une catégorie de « fabricants de dents et rateliers artificiels ». Le tribunal a repoussé le déclinatoire de compétence qui lui était proposé, en se fondant sur ce que les chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils fabriquent *accessoirement* aux travaux de leur art des appareils de prothèse dentaire *destinés à leurs clients* ne deviennent pas au sens de la loi de 1907 des fabricants.

En résumé je suis d'avis :

1° Que les lois relatives à l'apprentissage ne sont pas applicables aux élèves stagiaires qui s'instruisent chez des chirurgiens-dentistes, ni non plus aux élèves ou assistants, âgés de moins de dix-huit ans, qui sont employés par eux ;

2° Que les dentistes ne sont pas assujettis à la loi de 1898 pour les accidents du travail, qui pourraient survenir dans leurs ateliers de prothèse ;

3° Que les dentistes ne sont pas justiciables du conseil des prud'hommes dans les différends qui s'élèvent entre eux et les personnes qu'ils emploient, spécialement entre eux et leurs mécaniciens ;

4° Que ces solutions reposent sur ce principe général que l'art dentaire est une profession libérale et qu'elles supposent l'exercice normal de cette profession.

Délibéré à Paris le 13 janvier 1921.

G. DUCUING.

Avocat à la Cour de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LOI RELATIVE A L'EXERCICE DE LA TECHNIQUE DENTAIRE EN TCHÉCO-SLOVAQUIE

L'Assemblée nationale de la République Tchéco-slovaque a adopté la loi ci-après (14 avril 1920) :

Article premier. — La médecine dentaire comprenant le remplacement artificiel des dents et des dentiers est une branche de la science et de l'art médical. Pourront exercer spécialement la médecine dentaire et opérer le remplacement artificiel des dents et des dentiers s'y rattachant, seulement les médecins, c'est-à-dire les docteurs en toutes médecines, autorisés à exercer la pratique médicale sur le territoire de la République Tchéco-slovaque et qui ont acquis, en outre, à cet effet, une capacité spéciale à l'Ecole de médecine dentaire de l'Etat et, de ce chef, obtenu le droit au titre de *Médecin-Dentiste.*

Le Ministère de l'Hygiène publique et de l'Education physique, d'accord avec le Ministère de l'Instruction publique, organisera l'Ecole dentaire en question.

Les médecins exerçant la médecine dentaire sont autorisés à avoir des auxiliaires. Seuls, les médecins pourront aider aux opérations médicales.

Art. 2. — Ne pourront exercer la technique dentaire, et cela à vie, que les techniciens dentistes qui, avant la promulgation de la présente loi y ont obtenu l'autorisation professionnelle y relative et cela seulement dans l'étendue fixée par les règlements en vigueur dans certaines parties de l'Etat Tchéco-slovaque.

Ne pourront exercer, après la promulgation de la présente loi, que les personnes qui, au jour de la promulgation, rempliront entièrement les conditions établies conformément aux règlements en vigueur jusqu'à cette époque dans certaines parties de l'Etat Tchéco-slovaque en vue de l'obtention du droit ou de l'autorisation d'exercer la technique dentaire. Dans le nombre de ceux qui pourront obtenir ce privilège seront comprises aussi — à la condition qu'elles remplissent les autres conditions prescrites — les personnes qui, au jour de la promulgation de la présente loi, auront terminé l'apprentissage de trois ans et seront en possession de certificats d'apprentissage.

En ce qui concerne l'octroi desdites concessions et leurs acquisitions, seront observés les règlements en vigueur au moment de la promulgation de la présente loi dans certaines parties de l'Etat Tchéco-slovaque. Une ordonnance fixera les prescriptions à observer en ce qui concerne le territoire de Hlucinsko.

Art. 3. — Les techniciens dentistes en possession d'une concession ou autorisation, qui dans l'année suivant la promulgation de la présente loi (art. 2, alinéa 1), le cas échéant, dans l'année qui suivra l'obtention de la concession ou de l'autorisation (art. 2, alinéa 2), subiront un examen pratique spécial devant une commission nommée à

cet effet et pourront, à titre exceptionnel, exercer leur vie durant la profession dans la mesure fixée à l'article quatre.

Cette prescription est valable aussi en ce qui concerne les techniciens dentistes qui n'ont pas passé l'examen prescrit par l'ordonnance de l'ancien ministère de l'Intérieur Hongrois, numéro 112.026 de l'année 1911, autorisant les techniciens dentistes ayant passé ledit examen à exercer la technique dentaire dans la mesure plus large spécifiée par ladite ordonnance.

Les techniciens dentistes possédant une concession ou une autorisation, qui, au jour de la promulgation de la loi, auront au moins depuis vingt ans exercé la technique dentaire, pourront être exemptés dudit examen après avis donné par la corporation professionnelle compétente à l'autorité professionnelle (prud'hommale) de deuxième instance, d'accord avec l'autorité chargée de l'administration de l'hygiène publique en deuxième instance.

Le Ministère de l'Hygiène publique et de l'Education physique établira les règlements relatifs à l'examen pratique et à la composition de la commission d'examen, par une ordonnance d'accord avec le Ministère du Commerce.

Art. 4. — Les techniciens dentistes ayant subi avec succès l'examen pratique (art. 3, alinéas 1 et 2), de même que ceux qui ont été exemptés dudit examen (art. 3, alinéa 3), pourront, en dehors de l'autorisation mentionnée à l'article 2, alinéa 1, pratiquer toutes les opérations sur les dents et les dentiers nécessaires au remplacement artificiel des dents et des dentiers. La commission d'examen leur délivrera un certificat à titre de justification de ladite autorisation.

Art. 5. — Les techniciens dentistes ayant subi avec succès l'examen pratique conformément à l'art. 3, alinéas 1 et 2, ou conformément à l'ordonnance de l'ancien ministère de l'Intérieur Hongrois numéro 112.026 de l'année 1911, ou bien encore ceux qui ont été exemptés de l'examen en question (art. 3, alinéa 3) ; pourront se servir du titre de *Technicien Dentiste diplômé.*

Les autres techniciens dentistes ne pourront se servir que du titre *Technicien-Dentiste.*

Tous les autres titres et désignations sont interdits.

Art. 6. — Il n'est pas porté atteinte à l'autorisation des médecins et chirurgiens qui, lors de la promulgation de la loi, pratiquaient déjà la médecine dentaire et le remplacement des dents et des dentiers.

Jusqu'à ce que l'instruction des médecins à l'Ecole de médecine dentaire de l'Etat (art. 1er) aura été terminée pour la première fois, le ministère de l'Hygiène publique et de l'Education physique pourra, après avis de la Chambre des médecins et de la Faculté de médecine compétentes, autoriser certains médecins (docteurs de toutes les médecines) convenablement qualifiés à exercer la spécialité de « Médecin Dentiste ».

Art. 7. — Les infractions à la présente loi, en tant qu'elles ne sont pas passibles de peines en vertu des prescriptions du Règlement industriel et en tant qu'elles n'encourent pas une pénalité plus grave, seront punies par les autorités chargées de l'administration du service d'hygiène en première instance, c'est-à-dire d'une amende de cent à

mille couronnes tchéco-slovaques ou d'un emprisonnement (sur le territoire autrefois hongrois, réclusion) de dix jours à trois mois. En cas de récidive la peine de prison ou la perte de concession (autorisation) pourra être immédiatement prononcée.

Art. 8. — La présente loi entrera en vigueur le jour de sa promulgation. Les prescriptions antérieures des Gouvernements précédents des territoires faisant actuellement partie de l'Etat Tchéco-slovaque et qui ont réglementé l'exercice de la technique dentaire sont annulées si leur validité n'est pas temporairement maintenue par la présente loi.

Art. 9. — Le ministre de l'Hygiène publique et de l'Education physique, le ministre du Commerce, de l'Industrie et des Corporations, d'accord avec le ministre de l'Instruction publique, sont chargés de l'exécution de la présente loi.

But de la Loi.

La loi a pour but d'empêcher que les profanes n'exercent la pratique médicale à l'époque actuelle où les soins médicaux nécessaires sont assurés aux larges sphères de la population.

En ce qui concerne la médecine dentaire cet état de choses existe. Il est vrai qu'il a été causé par l'insuffisance des médecins-dentistes, mais on ne peut pas non plus se dissimuler qu'à l'époque actuelle cette situation a été améliorée à tel point qu'un état de choses contraire aux prescriptions légales sur la pratique de la médecine a été toléré et qu'aucune mesure n'a été prise pour fixer ses limites.

Le Comité de politique sociale, en considération de cette nécessité, a approuvé le projet du Gouvernement tranchant cette question d'une manière satisfaisante et en y apportant de légères modifications. Il a modifié seulement l'art. 2, alinéa 2, de sorte que la possibilité d'obtenir la concession ou l'autorisation d'exercer la technique dentaire soit donnée aussi aux jeunes gens se vouant à cette profession avec espoir de pouvoir l'exercer plus tard séparément. De cette façon, l'avantage d'obtenir l'autorisation nécessaire pour exercer la technique dentaire est accessible aussi aux personnes qui — si elles remplissent les autres conditions prévues — avaient terminé leur apprentissage le jour de la promulgation de la loi et obtenu un certificat d'apprentissage.

Quant au territoire de Hlucinsko, les prescriptions relatives à l'autorisation nécessaire pour exercer la technique dentaire seront établies par une ordonnance particulière.

L'Ecole d'Etat de médecine dentaire sera organisée d'accord entre le ministère de l'Hygiène publique et de l'Education physique et celui de l'Instruction publique. Cet accord fixera notamment les rapports de l'école en question avec les facultés de médecine et surtout si et jusqu'à quel point cette école devra être assimilée aux facultés d'universités.

Le Comité de Politique sociale a examiné le projet du Gouvernement, ainsi que la modification qui a été apportée à l'art. 2 d'accord avec le Comité professionnel, et recommande à l'Assemblée nationale de voter la loi.

(Extrait et traduit des *Zubni Lekarstvi*, mai 1920).

BIBLIOGRAPHIE

Contributo alla conoscenza della struttura del dente (Contribution à l'étude de la structure de la dent.)

B. de Vecchis [1] a étudié les dents de l'homme, du mouton, du chien et du chat. Après fixation dans le liquide de Bouin et après décalcification, il les a congelées, débitées en coupes de 25 μ, qu'il a ensuite colorées à l'hémalun et à l'éosine ou bien à la safranine. Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants :

1° La fibre de Tomes est réellement le prolongement externe du dentinoblaste. L'extrémité externe de ce dernier se termine par une cuticule sur laquelle s'implante la fibre de Tomes comme une sorte de cil vibratile ;

2° La gaine de Neumann ne peut être isolée de la substance fondamentale ; elle figure, comme le soutient Römer, une portion de substance fondamentale peu calcifiée ;

3° Entre la paroi du tube dentaire et la fibre de Tomes existe un espace dans lequel on peut injecter une matière colorante. Sur la dent vivante, cet espace représente une voie humorale, destinée à la circulation des liquides nutritifs de l'ivoire, ainsi qu'au passage des fibrilles nerveuses.

Sur des dents fixées dans le formol ou le liquide picro-formol-acétique, débitées en coupes de 7 à 10 μ, puis colorées d'une façon précise, j'ai [2] obtenu des résultats qui diffèrent notablement des précédents. La prétendue cuticule des odontoblastes est un plexus de filaments hématoxylinophiles ; il en part des fibrilles plus nombreuses que ne le sont les odontoblastes. Ces fibrilles hématoxylinophiles ou de Tomes sont réunies les unes aux autres par un *cytoplasma transparent*, ou hyaloplasma, qui accompagne chaque fibrille et l'entoure d'un manchon d'hyaloplasma dans le tube ou canalicule dentaire. A mesure que ce manchon se prolonge vers la surface externe de la dent, l'hyaloplasma se transforme en substance fondamentale réticulée et élastique (gaine de Neumann). Ce manchon d'hyaloplasma correspond

---

1. *La Stomatologia*, t. XVIII, nov. 1920, n° 11, p. 321.

2. Voir Ed. Retterer : 1° *Comptes rendus de la Société de biologie*, 17 mai, 24 mai, 31 mai, 7 juin, 24 juin, 29 novembre 1919 ; *ibid.* 17 juillet 1920 ; 2° l'*Odontologie*, 30 novembre 1919 ; 30 mars 1920 ; 30 octobre 1920 et 30 décembre 1920 ; 3° *La Revue de Stomatologie*, 1920, p. 437.

donc au plasma de B. de Vecchis. A mon avis, l'odontoblaste n'est pas uniquement un dentinoblaste ou éburniblaste, il est également un adamantoblaste.

Ed. Retterer.

VIe Congrès dentaire international (Londres 1914).

Nous avons analysé dans notre numéro de juillet 1920 les comptes rendus de ce Congrès qui n'ont pu être publiés que très tardivement en raison des événements.

La préface de ces comptes rendus porte qu'*une copie du catalogue du Mus e forme un supplément au volume.* Ce catalogue devait, en effet, primitivement constituer une annexe destinée à accompagner ce volume ; mais les circonstances n'ont permis d'en imprimer que quelques exemplaires. C'est de l'un de ceux-ci, qui vient de nous parvenir, que nous entretenons nos lecteurs.

Ce musée, joint au Congrès, était une collection de spécimens provenant de toutes les parties du globe, prêtés par des praticiens, sociétés scientifiques, cliniques, hôpitaux, administrations publiques et présentant un intérêt général ou spécial, pouvant servir à l'enseignement et d'une grande importance dans les diverses branches de la science odontologique, de l'art dentaire et de la chirurgie de la bouche. Il était exposé au Collège impérial de science et de technologie de South Kensington, à Londres.

Ce catalogue forme un volume de 272 pages, précédé d'une préface et d'un avis en anglais, allemand et français. La description de chaque objet est imprimée dans la langue où elle a été fournie ; les descriptions en anglais représentent les trois quarts du volume, celles qui sont en allemand le dernier quart, sauf 3 pages en français pour les objets prêtés par l'Ecole dentaire de Paris.

D'après la nomenclature des objets, groupés en 11 sections, il est manifeste que les collections exposées étaient particulièrement riches ; on ne peut que déplorer qu'il n'ait pas été possible d'en profiter.

Leitfaden der zahnärztlichen Metallarbeit.

(*Guide du travail des métaux pour usages dentaires*)

L'éditeur Arthur Félix, de Leipzig, qui met fréquemment au jour des ouvrages odontologiques, vient de publier un guide du travail des métaux pour usages dentaires dû à M. Wilhelm Wallisch, chirurgien-dentiste à Vienne et chargé de cours à l'Uni-

versité de cette ville. Ce livre en est à sa 2e édition, revue et augmentée.

Le volume, de 104 pages, illustré de 89 gravures, débute par deux préfaces, celle de la 1re et celle de la 2e édition, et aborde immédiatement l'étude des propriétés et des usages des métaux en art dentaire : or, platine, argent, cuivre, étain, zinc, aluminium, bismuth, cadmium, plomb, spence-métal. Puis il passe à l'étude de la manipulation des métaux sur laquelle il s'étend longuement. Il continue par les appareils de redressement en métal, s'occupe des réparations et termine par quelques pages consacrées au maintien des dents branlantes.

Les livres de métallurgie dentaire sont peu nombreux, et rares sont les praticiens qui s'adonnent à cette spécialité ; aussi la contribution ne peut-elle manquer d'être bien accueillie par tous ceux qui s'intéressent à cette question.

La Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

La Société des Amis de la Faculté de Médecine de Paris, chez Masson et Cie, vient de publier une brochure de 84 pages qui fournit les renseignements les plus complets sur l'organisation de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris.

Cette brochure a pour but de faire connaître aux étudiants et médecins français et étrangers qui viennent si nombreux chaque année, à Paris, compléter les études théoriques et pratiques qu'ils ont faites, les ressources actuelles dont dispose la Faculté de Médecine, ainsi que les facilités qui leur sont accordées.

L'opuscule comprend : Organisation générale. — Enseignement, Cours complémentaires et de perfectionnement. — Examens, Diplômes, Programmes et Horaires pour l'année scolaire 1920-1921.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

LÉGION D'HONNEUR

Renhold (Michel), médecin auxiliaire au 1er régiment d'artillerie coloniale, médecin auxiliaire d'une bravoure et d'un courage exceptionnels, trois blessures, cinq citations, médaille militaire.

(*Journal officiel* du 7 février 1921).

Nous avons déjà publié les cinq citations élogieuses qui ont valu à M. Renhold la croix de guerre et la médaille militaire ; c'est avec le plus grand plaisir que nous lui adressons nos plus vives félicitations pour cette nouvelle distinction, si méritée par sa bravoure et son dévouement.

NÉCROLOGIE

Albert Fouques

Nous avons le grand regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Albert Fouques, membre de l'A. G. S. D. F. frère de M. G. Fouques, président de cette Association, survenue le 10 janvier 1921, à l'âge de 53 ans.

L'Association et l'Ecole dentaire de Paris étaient représentées aux obsèques.

Paul Hild

Nous n'avons appris que tout dernièrement la mort, à la date du 2 *novembre* 1918, de notre confrère Paul Hild, de Colmar, membre de l'A. G. S. D. F.



Notre confrère M. Bouillant, de l'Isle-Adam, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être douloureusement éprouvé par la mort de sa femme survenue le 20 janvier dans sa 40e année.

Nous adressons aux familles des défunts nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — C'est avec le plus grand plaisir que nous relevons au *Journal officiel* la nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. le professeur Desgrez, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous prions M. Desgrez d'agréer nos chaleureuses félicitations.



Nous relevons également la nomination au grade de chevalier de notre confrère M. Hally Smith, membre de l'A. G. S. D. F., pour services rendus pendant la guerre à nos formations sanitaires.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Récompense. — A l'occasion de l'exposition de Strasbourg où l'Ecole dentaire de Paris a obtenu, comme nous l'avons annoncé, un diplôme de grand prix, M. Blatter a reçu, comme collaborateur de la Société, *un diplôme de médaille d'argent.*

A. G. S. D. F. — Le Conseil d'administration de l'Association générale syndicale des dentistes de France s'est réuni le samedi 5 février à 8 heures du soir.

Il a réélu le Bureau sortant, puis a procédé à la nomination de la Commission syndicale, de la Commission de prévoyance et du Conseil de famille, et a examiné les questions inscrites à l'ordre du jour.

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F. — La réunion commune des deux Conseils d'administration (Ecole et Association) s'est tenue le samedi 5 février à 9 heures du soir.

Elle a renouvelé les pouvoirs du Comité de rédaction de l'*Odontologie* et a maintenu en fonctions la Commission exécutive actuelle du Groupement.

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 1er février 1921, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

1° M. le professeur agrégé Retterer. — Dents du dauphin et de la taupe.

2° M. Roy. — Les abcès pyorrhéiques à cul-de-sac serpigineux (abcès alvéolaires sur dents vivantes).

3° M. G. Villain. — Utilisation de l'angle mandibulo-facial en prothèse et en orthopédie dentaire.

N. B. — A la séance de mars il sera ouvert une discussion générale sur la question des infections péri-apicales et leurs rapports avec l'état général des patients. Les orateurs désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire dès à présent. Ils sont invités à prendre connaissance, auparavant, du travail de Black (de Chicago) publié dans l'*Odontologie* de janvier 1921 et du travail de M. Roy sur le traitement des dents infectées qui paraît dans le présent fascicule.

Fête annuelle des étudiants. — Les étudiants de l'Ecole dentaire de Paris donnent leur Revue annuelle, en représentation, *salle de l'Union chrétienne de jeunes gens*, 14, rue de Trévise, le dimanche 27 février, à 2 heures et demie.

Le même soir, bal dans la *salle des Ingénieurs civils*, 27, rue Blanche.

Mariages. — Le mariage de Mlle Ginette Schuler, ancienne élève de l'E. D. P., avec M. Edouard Dumas, a eu lieu le 12 janvier 1921.

Le mariage de notre confrère M. Jean Rancillac, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Jeanne Olier, a eu lieu le 31 janvier à Chamalières (Puy-de-Dôme).

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

41e ANNÉE. N° 3. 30 MARS 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TROIS CROIX D'HONNEUR

Les pouvoirs publics viennent de reconnaître d'une façon tangible le rôle joué pendant la guerre par l'Ecole dentaire de Paris en tant que Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face *et que* Dispensaire militaire 45 ou V. G. 88.

Par décret du 23 février, sur la proposition du Ministre de la Guerre (Service de Santé), M. Godon a été promu officier de la Légion d'honneur et MM. Roy et P. Martinier ont été nommés chevaliers.

Les titres sur lesquels sont basées ces récompenses, et que nous reproduisons ci-après, sont des plus élogieux ; mais pour tous ceux qui ont été les collaborateurs ou les témoins de l'œuvre considérable accomplie par nos trois collègues, ils n'exposent qu'imparfaitement et insuffisamment la grandeur de la tâche entreprise et assurée par eux avec une ténacité, une intelligence, une compétence et un esprit de dévouement sans bornes.

Les distinctions accordées ne visent en apparence que la période de guerre ; mais ceux qui les ont conférées ont entendu récompenser aussi les services rendus, pendant quarante ans, par M. Godon, comme fondateur de l'Ecole dentaire de Paris, à l'enseignement professionnel, à l'assistance publique, à la science odontologique. Ils ont voulu de même récompenser les services que MM. Martinier et Roy ont rendus aux mêmes causes, respectivement pendant 32 et 31 ans, en y ajoutant les soins qu'ils ont donnés à des milliers de blessés de guerre, durant cinq années.

Si ces trois croix honorent ceux qui les ont reçues, elles font également honneur à l'Institution à laquelle ils appartiennent. C'est grâce à des hommes de cette valeur, de ce mérite, de ce dévouement qu'elle a pu se développer et acquérir la réputation et la considération dont elle jouit en France et à l'étranger.

En adressant nos félicitations les plus chaleureuses et les plus cordiales à MM. Godon, Roy et Martinier, estimons-nous heureux de les avoir pour collègues, de les voir à la tête de ce journal et soyons fiers de les compter dans notre profession.

A. BLATTER.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Service de santé.

Par décret du Président de la République en date du 23 février 1921 sont promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Officiers.

. . . .

M. GODON (Edouard-Charles), docteur en médecine, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, chevalier du 10 août 1899. Titres exceptionnels : dégagé de toute obligation militaire, a été pendant toute la durée de la guerre un collaborateur bénévole des plus éclairés et des plus zélés dans l'organisation et le fonctionnement des services de stomatologie.

Chevaliers.

. . . .

M. ROY (Maurice-Edmond-Emile), docteur en médecine, dentiste des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Titres exceptionnels : dégagé de toute obligation militaire, a créé le premier service de stomatologie de guerre et en a assuré la direction pendant toute la durée des hostilités. N'a cessé de se consacrer à sa tâche avec un dévouement inlassable et une complète abnégation.

M. MARTINIER (Georges-Jean-Baptiste), directeur honoraire de

l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste des asiles de la Seine. Titres exceptionnels : dégagé de toute obligation militaire, a, dès la mobilisation, créé le Comité de secours aux blessés de la face et des maxillaires, organisant à cet égard le premier service important. S'est acquis les plus beaux titres par son dévouement, son activité et sa compétence

(*Journal officiel* du jeudi 24 février 1921.)

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, *rue de La Tour-d'Auvergne.*

Paris, le 9 mars 1921.

Mon cher Confrère,

Les Pouvoirs publics viennent de conférer la croix d'Officier de la Légion d'Honneur à M. Godon, notre président, et la croix de Chevalier à M. P. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole, et à M. Maurice Roy, professeur à cette Ecole.

Ces récompenses, qui émanent du Ministre de la Guerre (Direction du Service de Santé) et sont basées sur les titres les plus honorables et les plus élogieux, visent principalement les services rendus pendant la guerre par nos trois confrères, aussi bien au *Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face*, fondé par l'Ecole au lendemain de la mobilisation, qu'au *Dispensaire militaire V. G.* 88, installé pendant les hostilités au siège de la Société et où furent traités des milliers de blessés. Mais elles reconnaissent en fait le rôle considérable joué par MM. Godon, Martinier et Roy, le premier comme l'un des fondateurs de l'Ecole, ainsi que de ses annexes (1880), encore sur la brèche après 40 ans de labeur assidu, le second et le troisième comme se dévouaut depuis plus de 30 ans aux multiples tâches que notre Groupement a assumées.

Ces distinctions, qui honorent grandement ceux auxquels elles s'adressent, rejaillissent sur l'Institution à laquelle ils appartiennent et à laquelle ils sont attachés depuis si longtemps et font honneur à la profession. Elles consacrent à nouveau à la fois les services des chirurgiens-dentistes durant la guerre, leur rôle social, la valeur et l'utilité de l'Ecole dentaire de Paris, en même temps qu'elles ajoutent à la considération dont jouit maintenant notre corporation auprès des Pouvoirs publics.

Mais ce qui, à nos yeux, leur donne une importance beaucoup

plus grande, c'est qu'elles ont été accordées à la suite des demandes faites directement par la Société dans le courant de 1919. Cela montre, en effet, la haute estime dans laquelle est tenue maintenant notre Société, puisqu'elle a pu obtenir, pour trois de ses membres, qui présentaient, il est vrai, les titres les plus méritants, des distinctions si hautement appréciées.

Aussi le Conseil d'Administration a-t-il décidé d'organiser une manifestation pour fêter la distinction si justifiée dont nos trois confrères viennent d'être l'objet. Dans ce but, afin de donner à cette manifestation tout l'éclat qu'elle peut avoir, ils font appel à tous les sociétaires de France, des colonies et de l'étranger afin qu'ils s'y associent, soit par leur présence, soit par une participation pécuniaire.

Cette manifestation consistera en un banquet offert aux nouveaux légionnaires et au cours duquel il leur sera fait remise de l'insigne de leur décoration.

Ce banquet aura lieu le *samedi* 16 *avril, à 7 h.* 1/2 *du soir*, au Palais d'Orsay, 7, quai d'Orsay.

Le montant de la cotisation individuelle est de 50 francs, y compris la quote-part afférente aux trois insignes.

Pour les personnes que leur éloignement de Paris ou les circonstances empêcheraient d'assister au dîner, il n'est pas fixé de minimum et tous les dons seront acceptés.

Prière d'adresser les adhésions, les cotisations et les versements au trésorier-adjoint de la Société, M. Crocé-Spinelli, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, avant le 10 avril au plus tard.

Nous ne doutons pas, mon cher Confrère, que vous ne teniez à participer à cette démonstration cordiale, toute de solidarité et de mutualité professionnelles et, en attendant votre réponse, nous vous renouvelons l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Conseil d'Administration,

Le Secrétaire général,

Henri VILLAIN.

N. B. — Ne pourront être inscrits définitivement que les confrères qui auront non seulement adhéré, mais envoyé le montant de leur cotisation totale, soit 50 francs, avant le 10 avril, dernier délai.

Les dames et les non-professionnels sont admis moyennant la cotisation de 50 francs.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT ORTHOPHONIQUE POUR BEC-DE-LIÈVRE ET FISSURE PALATINE

Par Louis RUPPE,
Chef de clinique de prothèse restauratrice à l'Ecole dentaire de Paris,
Et Charles RUPPE,
Interne des hôpitaux de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 5 octobre 1920.)

Il serait exceptionnel qu'un dentiste, au cours de sa carrière, ne fût pas consulté pour une division congénitale du voile ou pour un bec-de-lièvre compliqué.

Qu'il ne croie pas son œuvre terminée lorsqu'il aura posé un appareil obturateur du type Claude Martin ou un voile mobile Delair.

L'obturation de la fissure palatine, qu'elle soit chirurgicale ou prothétique, n'apporte pas une amélioration immédiate et constante aux troubles phonétiques présentés par ces malades. Leur voix reste très défectueuse, et toutes les manifestations de leur vie s'en trouvent gênées. Pour que leur parole devienne normale, il leur faut une longue éducation. Sans doute, un adulte s'y appliquera spontanément, et le plus souvent avec beaucoup de volonté, mais ses efforts doivent être guidés et encouragés.

Le but de cet article est donc de fournir une prescription phonétique à ceux de nos malades qui ne peuvent bénéficier de l'enseignement individuel d'un professeur.

Pour y arriver, nous avons cru nécessaire d'exposer dans ses grandes lignes, le mécanisme de la parole humaine, sans avoir la prétention de pénétrer dans ses ultimes perfectionnements. Et de là, nous avons isolé le rôle de chacune des parties de l'organisme vocal et montré les conséquences de leurs lésions.

I. — MÉCANISME DE LA VOIX[1]

Le mécanisme de la voix peut être facilement résumé. L'air expiré fait vibrer les cordes vocales tendues en adduction. La colonne d'air vibrante arrive dans le pharynx. Si le voile est tendu, elle passe tout entière dans la bouche et ses qualités physiques s'y trouvent modifiées par la position respective des lèvres, des joues et de la langue. Le voile vient-il à s'abaisser, cette colonne se divise en deux parties, l'une buccale, l'autre nasale, et c'est ainsi que sont émises les consonnes et les voyelles nasales.

Reprenons en détail ce mécanisme.

Un son est caractérisé par trois qualités :

Son intensité ;

Sa hauteur, c'est-à-dire le nombre de ses vibrations ;

Son timbre, c'est-à-dire ses harmoniques.

1) **Émission des sons.** — Le larynx émet des sons inarticulés, les *sons glottiques*, qui sont dus non seulement à la vibration de l'air passant à travers la glotte, mais aussi à la vibration des bords mêmes de cette glotte. C'est le muscle thyro-arythénoïdien inférieur qui, en se contractant, joue le rôle important dans cette vibration et non pas le tissu élastique de la corde vocale. Ainsi la glotte apparaît, non pas comme un sifflet, mais comme un tuyau à anche membraneuse.

Les modifications de l'orifice glottique et de la tension de la corde vocale donnent aux sons laryngés *leur hauteur respective ;* ils sont d'autant plus aigus que l'orifice est petit et la corde tendue.

---

1. Nous nous sommes inspirés pour écrire cet article de la thèse de doctorat 1903-04 de Hulleu, *pronostic des urano-staphylorraphies*, des précis de physiologie et du remarquable traité d'orthophonie publié sous la direction des docteurs Castex et Jouet, notamment des articles « les mouvements et les sons de la parole », par M. Marichelle et « Nasillement, bec-de-lièvre, fissures palatines, traitement post-opératoire », par M. Edouard Drouot.

2) **Modifications des sons.** — Ce son émis parvient dans le pharynx et est modifié par deux résonnateurs : la *cavité buccale* et *les fosses nasales*. Ce sont eux qui, en ajoutant des harmoniques aux sons glottiques, leur donnent leur timbre. Ils concourent aussi à l'articulation de la voix. La cavité buccale est un résonnateur de forme essentiellement variable, grâce au mouvement des lèvres, de la langue, des joues et du voile. Les voyelles et les consonnes sont les conséquences de cette mutabilité.

Au contraire, les fosses nasales, résonnateur absolument fixe, ajoutent à la voix une qualité constante : le timbre nasal.

En résumé :

1° L'intensité du son est surtout donnée par la force de l'air expiré par les poumons ;

2° La hauteur est fournie par la glotte.

3° Le timbre et l'articulation de la voix par les cavités buccale et nasale.

3) **Articulation de la voix.** — La parole est faite de l'association de deux sons : les voyelles et les consonnes.

Les voyelles sont produites « par le passage de l'air dans les cavités pharyngienne et buccale disposées de manière particulière pour chacune d'elles » (*Gley*).

Les consonnes sont, au contraire, des bruits provoqués par l'ébranlement de l'air au contact des obstacles offerts par la bouche au passage de la colonne vibrante ; « les consonnes ne sont donc que des accidents survenus aux voyelles dans la cavité buccale » (*Hulleu*).

Ainsi K L sont les accidents de « A ».

B C D F G L M N P R S T V Z sont les accidents de « E ».

J X de I.

Q de U.

a) ÉMISSION DES VOYELLES.

Elle dépend :

1° De la longueur du diamètre antéro-postérieur compris

entre les lèvres et le pharynx. Il décroît successivement pour l'émission de ou u o a e i ;

2° De l'ouverture labiale ou linguo-palatale. Cette ouverture croît de « i » « u » « ou », voyelles fermées, à « é » « eu » « au », voyelles demi-fermées, à « o » « e » « a », voyelles ouvertes ;

3° Pour les voyelles nasales, la cavité buccale se dispose de la même manière que pour les voyelles correspondantes, mais le voile s'abaisse, d'où les sons an on un in.

b) ÉMISSION DES CONSONNES.

Le mode de production des consonnes nous est connu. Il y a obstacle à l'écoulement naturel de l'air expiré. Cet obstacle peut être complet ou incomplet : complet, par occlusion labiale ou linguo-palatale suivie d'ouverture ; incomplet, la colonne d'air devant s'engager dans un canal plus ou moins étroit.

La consonne sera explosive, si le bruit est brusque ; sifflante, s'il est soutenu ; linguale, suivant la disposition particulière de la langue. Le tableau suivant résume le mode de production de chaque consonne.

4) **Groupement des sons.** — Ces sons vont se grouper pour donner la syllabe. Ils ne se juxtaposent pas, mais s'associent. L'organe vocal se tend pour produire le bruit de la consonne et se relâche progressivement pour arriver à la position de la voyelle, se retendant à nouveau pour la consonne suivante. Toute la difficulté consiste à passer d'une position à l'autre par le plus court chemin. Cette gradation insensible par un minimum et un maximum de sonorité n'est possible que par une concession mutuelle que se font les syllabes. Pour les prononcer, la bouche prend, en effet, des positions intermédiaires aux positions extrêmes que ces syllabes nécessiteraient si elles étaient prononcées isolément. C'est ce que l'on a décrit sous le nom de *flexion organique.*

CONSONNES		PRODUITES PAR		
		fermeture labiale, puis ouverture	pointe de la langue entre les incisives supérieures et inférieures	base de la langue vers le voile du palais, pointe de la langue derrière les incisives inférieures
Explosives	muettes	*p*	*t*	*c*
	sonores	*b*	*d*	*g*
	produites par l'abaissement du voile	*m*	*n*	*ng*

		PRODUITES PAR		
		lèvre inférieure sous les incisives supérieures	pointe de la langue derrière les incisives inférieures	pointe de la langue sur la partie moyenne de la voûte palatine
Sifflantes	muettes	*f*	*s*	*ch*
	sonores	*v*	*z*	*j*

Linguales

L = L'air s'écoule sur les deux côtés de la langue.

R = Resserrement de l'isthme du gosier avec vibration de la pointe de la langue ou de la luette.

K, q = Occlusion pharyngienne complète, puis relâchement dès que la pointe de la langue s'abaisse.

II. — ROLE DE CHAQUE PARTIE DE L'ORGANISME VOCAL

Ainsi les lèvres, les dents, la langue et le palais sont les quatre parties principales de cet organisme vocal. Isolons leur rôle et les modifications apportées par leurs lésions respectives.

Lèvres. — Les lèvres participent à la prononciation de toutes les voyelles, mais surtout de celles qui exigent la fente labiale la plus rétrécie. Elles jouent un rôle capital dans l'émission des consonnes labiales B P M dues à la fermeture complète de la bouche suivie de son ouverture brusque.

Dents. — Elles ont peu d'influence sur la production des voyelles. Au contraire, la présence des incisives est nécessaire pour l'émission de T D N S Z.

Langue. — Son rôle est évidemment de premier ordre dans la parole. Elle modèle les voyelles, surtout celles qui nécessitent la fermeture linguo-palatale, et l'intégrité de sa mobilité est indispensable pour la formation de toutes les autres consonnes, à l'exception de P B M.

Voile. — 1° En s'abaissant, il ouvre le rhino-pharynx, d'où l'émission des consonnes nasales m n ng ; des voyelles nasales an on in un.

2° Il se tend de plus en plus pour la production des voyelles a e o ou u i.

3° Il est tendu de façon prolongée pour les sifflantes f s ch v z j et de façon brusque pour les explosives p t c b d g.

Conséquences de la perforation ou de la division du voile.

Toute cette physiologie nous permet de comprendre les troubles apportés à la parole par un bec-de-lièvre compli-

qué ou une division du voile. *Ils portent à la fois sur l'articulation des sons et sur le timbre de la voix.*

1° *Sur l'articulation des sons*, parce que le voile divisé est insuffisant et que la cavité buccale communique largement avec les fosses nasales.

Il en résulte : 1° que tous les sons nasaux sont exagérés ; 2° que les voyelles les mieux prononcées sont celles qui s'accordent avec une plus grande ouverture linguo-palatale, par conséquent les voyelles ouvertes a, e, o ; 3° que les consonnes nécessitant une plus grande tension du voile sont difficilement émises, surtout les sifflantes.

Les explosives sont difficilement distinguées les unes des autres, le b et p, le t et le d sont confondus. Les consonnes prononcées avec le plus de peine sont les g k q, alors que r et l sont en général très distincts.

En résumé, il y a grande difficulté dans l'émission des consonnes et facile compréhension des voyelles.

2° *La voix prend un timbre particulier : le nasonnement* peut être très accentué et rendre la voix complètement inintelligible.

La cause de ce nasonnement est obscure et encore mal élucidée.

On a cru en trouver l'explication uniquement dans la perte de substance du voile membraneux. Or dans de simples perforations de la *voûte osseuse*, dans des insuffisances vélo-palatines avec voile intact, le nasonnement est très accusé, alors qu'il est presque nul lorsque le voile est seul fendu.

Il semble que ce soient les modifications anatomiques subies par les fosses nasales qui conditionnent le nasonnement. Ce résonnateur n'a plus ses caractères normaux. Il a perdu de sa symétrie, et « sa forme n'est plus celle d'un double conduit limité en avant et en arrière par des orifices étroits et bien clos » (Hulleu).

Pour Chervin, la voûte osseuse est courte, le vomer reporté en avant ; la cavité naso-pharyngienne est donc considéra-

blement élargie ; elle forme une large caisse de résonance postérieure où vient retentir la voix.

Pronostic. — Toutes ces lésions expliquent le pronostic phonétique si variable du bec-de-lièvre. Il est, en effet, à remarquer la différence singulière qui existe d'un individu à un autre. Il en est qui parlent bien, d'autres dont le langage est complètement inintelligible, et ce pour des lésions qui pourraient paraître au premier abord identiques. Il est donc important de savoir sur quelles bases s'appuyer pour porter un pronostic avant l'intervention.

Il sera mauvais :

Si la voûte est très diminuée dans le sens antéro-postérieur ;

Si le voile est fortement atrophié, surtout les pharyngo-staphylins ;

Si les fosses nasales sont très déformées et le pharynx très profond et si les malformations dentaires sont très accentuées.

Le rôle de l'intelligence du sujet est trop évident dans l'éducation phonétique pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Phénomènes de suppléance. — Il existe d'ailleurs plusieurs modalités par lesquelles le sujet cherche à compenser les conséquences de sa difformité.

La musculature pharyngée hyperfonctionne chez ces sujets et s'hypertrophie. On voit aussi un bourrelet transversal se produire sur la face postérieure du pharynx que Passavant a bien individualisé et qui est dû à la contraction des fibres pharyngées du pharyngo-staphylin. Ce bourrelet vient rétrécir l'espace vélo-pharyngien.

Les malades cherchent, d'autre part, à fermer leurs narines, en contractant leurs petits muscles du nez, mouvements d'ailleurs très disgracieux.

Ils placent en outre leur langue de manière à obstruer le plus possible leur fente palatine.

Enfin, souvent, ils s'appliquent s'ils sont intelligents, et

dès que leur amour-propre est mis en jeu, à mieux prononcer, cherchant ainsi par cette amélioration à compenser leur nasonnement.

Résultats de l'intervention. — L'urano-staphylorraphie, lorsqu'elle réussit donne aux malades une voûte palatine cicatricielle et un voile plus ou moins mobile. Si la voûte osseuse est courte, le voile reconstitué est insuffisamment étoffé pour combler l'espace palato-pharyngien ; enfin les fosses nasales ne sont pas modifiées. C'est dire que l'intervention ne bonifie pas la voix, mais qu'elle place le malade dans les conditions suffisantes pour lui permettre d'apprendre à parler.

Quant aux perforations syphilitiques, les troubles phonétiques qu'elles entraînent s'améliorent très rapidement après l'intervention.

Résultats de l'obturation. — L'obturateur type Martin comble les fosses nasales. La rhinolalie ouverte est transformée en rhinolalie fermée. Les sons nasaux sont plus ou moins difficilement prononcés. Le voile artificiel Delair n'offre pas cet inconvénient. D'ailleurs ce défaut est de peu d'importance, en regard de la défectuosité de prononciation qu'il faut corriger par une éducation appropriée, ici comme ailleurs, toujours longue.

Observation. — Il importe donc d'examiner son malade au point de vue local et orthophonique et de répéter cet examen de distance en distance pour noter les progrès accomplis.

Ce moyen de contrôle pourra être pratiqué grâce à la feuille d'observation dont nous remettons un modèle ci-contre. Comme il est indispensable de saisir les consonnes à la fin d'un mot, nous en avons mis un en regard de chacune d'elles.

Traitement [1].

Ainsi l'éducation phonétique doit être entreprise dans tous les cas. Elle est toujours longue et exige des exercices difficiles et répétés ; c'est dire combien il serait intéressant que ces malades puissent être suivis par un professeur d'orthophonie.

Mais lorsque les conditions matérielles s'y opposent, il nous a paru utile de leur fournir un guide très succinct qui les aide dans leur auto-éducation.

Le traitement doit porter sur toutes les parties de l'organisme vocal. Il importe par des mouvements appropriés de la langue, des lèvres et des joues, d'obtenir le renforcement de la musculature de ces organes pour les rendre plus aptes à la prononciation de tous les sons.

Il faut apprendre à ces sujets à respirer convenablement, à maintenir leur souffle ou à le projeter. L'enfant a été habitué à parler du nez, aussi est-il bon d'obstruer le nez par un pince-nez spécial, pendant toute la durée des exercices.

Ceux-ci doivent porter des éléments corrects vers les éléments défectueux. On commencera donc par les voyelles, on les associera entre elles, pour étudier ensuite les consonnes. La durée des exercices sera toujours courte.

Il faut bien insister sur la longueur de cette éducation ; encourager les sujets à être persévérants et leur affirmer qu'avec de la volonté et de la patience, ils arriveront à parler comme tout le monde.

---

1. Nous ne saurions trop remercier ici M[me] Bogaert qui applique avec tant d'intelligence et de dévouement les principes d'orthophonie que M[me] Renard a tirés de sa longue carrière consacrée à l'éducation des malades opérés à l'hospice des Enfants Assistés. Elle a bien voulu nous prodiguer ses conseils dont nous avons retiré la petite notice de traitement que nous donnons ci-après.

Service de Prothèse Restauratrice de l'École Dentaire de Paris

Date de naissance

Désignation de la lésion

État de la lèvre supérieure, opération

État dentaire

Examen du voile du palais, de la voûte palatine, des fosses nasales

EXAMENS PHONÉTIQUES

Date des Examens

Lettres	Mots à prononcer								
a									
o									
e									
i									
u									
ou									
oi									
r	par								
l	bal								
b	robe								
p	cap								
d	rade								
t	tête								
que	chaque								
f	nef								
v	cave								
s	tasse								
z	gaz								
ch	poche								
j	cage								

Timbre

Intelligibilité

Exercices.

1° Faire des exercices respiratoires matin et soir;

2° Exercices vocaux.

a) Faire plusieurs fois par jour des exercices par séances courtes, un quart d'heure environ ;

b) Avant chaque son respirer convenablement ;

c) Tous les exercices seront faits devant une glace, de manière à surveiller attentivement les mouvements des lèvres et de la langue.

Les narines seront oblitérées par un pince-nez spécial.

Pour les consonnes, sauf le b et le p, tous les sons seront émis devant une petite bougie filiforme allumée. Si le son est bien prononcé, la bougie doit s'éteindre.

Commencer par les voyelles.

En soutenant le son :

A la bouche très ouverte ;

O les lèvres très avancées ;

I les lèvres tirées comme pour rire ;

U la lèvre supérieure très avancée ;

OU lèvres avancées ;

OI.

Combiner ensuite les voyelles entre elles.

Ex. : ao ai au aou; oi ou oou oa, etc. ; puis aoi oiu.

Étudier ensuite les consonnes.

Pour *F* et *V*, les incisives supérieures doivent être placées sur la lèvre inférieure, bien gonfler les joues.

P et *B*, fermer, puis ouvrir la bouche.

T et *D*, commencer à prononcer en plaçant bien la langue entre les dents.

QUE, bien mettre la pointe de la langue sur le palais, et même exagérer en renversant la pointe de la langue.

S et *Z*, creuser la langue en en relevant les bords, les lèvres bien tirées.

CH et *J*, souffler, puis relever la langue.

Après avoir prononcé la consonne, la faire suivre successivement de toutes les voyelles.

Puis faire précéder cette consonne de toutes les voyelles ce qui constitue une syllable.

Enfin faire précéder cette syllable, de toutes les consonnes.

Exemple d'exercice.

Etudions le *F*.

Après avoir prononcé f : dire fa fo fi fu fou foi ; puis af of if uf ouf oif ; puis baf bof bif buf bouf boif, caf cof cif, etc.; daf dof, etc.

Faire les mêmes exercices avec les autres consonnes f v s z ch j p b t d c g.

Il faut prononcer longuement f v s z ch j.

Et fort p b t d c g.

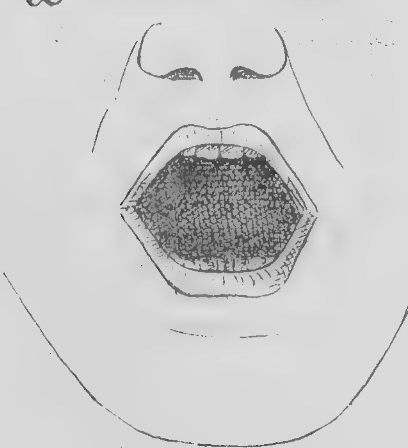
Plus tard on combinera les consonnes pl bl pr tl dt cs cx gz.

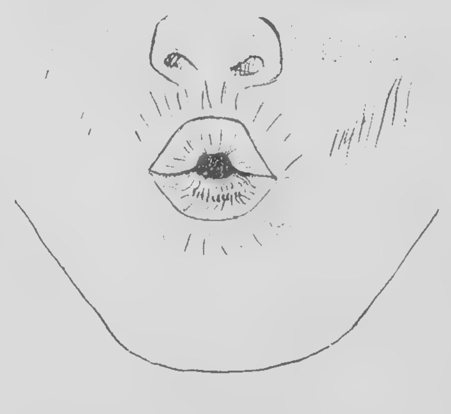
Lire ensuite à voix basse puis à haute voix.

TRAITEMENT ORTHOPHONIQUE, MM. L. ET CH. RUPPE.

a *Bouche ouverte*



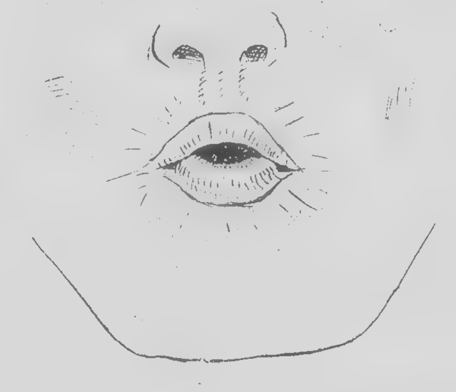




i *Lèvres tirées comme pour rire.*

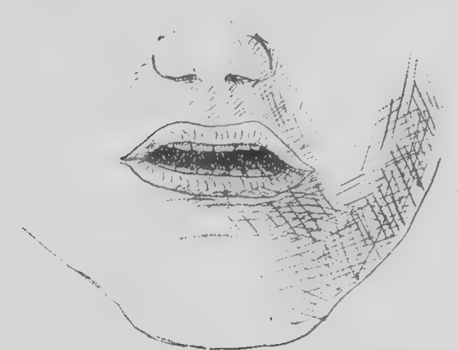
u *Lèvre supérieure très avancée*





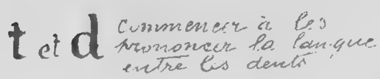
è *Bouche mi ouverte*

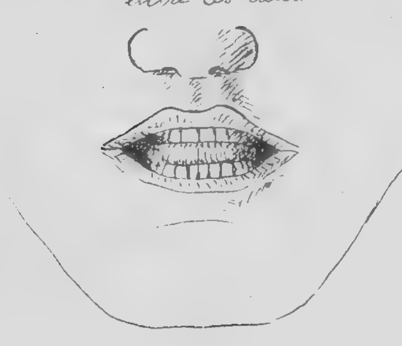
f *Les incisives supérieures placées sur la lèvre infre, gonfler les joues.*

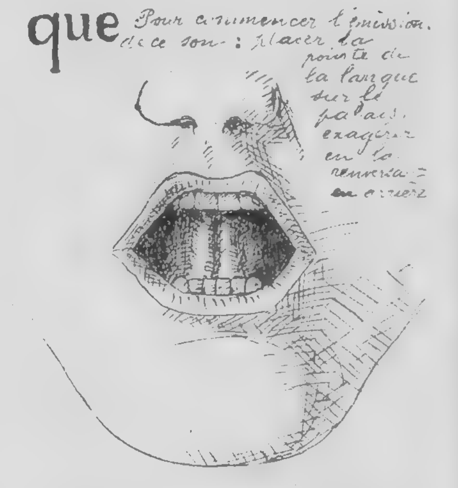


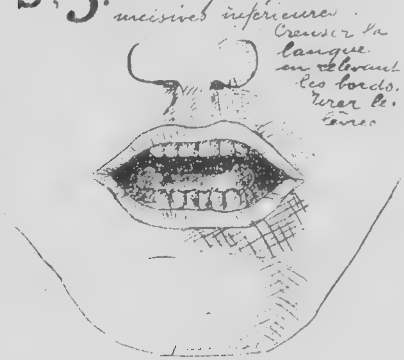


TRAITEMENT ORTHOPHONIQUE, MM. L. ET CH. RUPPE.











LE TRAITEMENT DES DENTS INFECTÉES

Par Maurice Roy,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 28 juillet 1920.)

(Suite et fin.)

Traitement rationnel des dents infectées.

Ayant donc ainsi examiné les différents termes du problème à résoudre, nous allons voir de quelle manière nous pourrons obtenir une solution favorable de celui-ci. Le traitement rationnel des dents à pulpe infectée est constitué, je tiens à le dire immédiatement, non pas par l'emploi d'un médicament déterminé, mais par un ensemble thérapeutique dans lequel le médicament, quel qu'il soit, n'est jamais qu'un des éléments du traitement dont la technique doit être soigneusement réglée et dans lequel la minutie des détails ne saurait trop être observée. C'est ainsi par exemple que je considère comme un élément de réussite, dans un traitement de ce genre, le fait de savoir enrouler correctement des mèches de coton sur les sondes à canaux pour répondre aux diverses manœuvres que l'on a à pratiquer. Vous ne m'en voudrez donc pas si, devant une réunion de praticiens aussi qualifiés que ceux qui sont devant moi, je m'attache, dans l'exposé que je vais faire, à des détails qui vous sembleront un peu élémentaires car, dans l'ensemble du traitement, certains détails qui pourraient paraître accessoires à première vue revêtent en réalité une importance de premier ordre.

C'est pourquoi aussi je ne viens pas, comme tant d'auteurs qui ont écrit sur ce sujet, vous apporter simplement l'exposé de l'emploi d'un ou de plusieurs agents médicamenteux, mais une étude et une description complète du traitement depuis la période initiale jusqu'à son achèvement complet.

Pour faciliter l'étude et la discussion, je diviserai le traitement en trois temps distincts, conformément à ce que je

fais dans ma pratique : 1° la préparation de la dent ; 2° la désinfection des canaux ; 3° l'obturation de ceux-ci.

Pour la clarté de cet exposé, il est entendu que, dans la partie qui va suivre, je ne m'occuperai que du 4e degré simple sans complication.

1° *La préparation de la dent.*

Après ce que j'ai dit à propos des canaux radiculaires je pourrai être assez bref quant à la préparation de la dent. Disons que la cavité cariée doit être soigneusement nettoyée avant d'aborder la préparation de la chambre pulpaire et des canaux. Je n'admets pas, pour ma part, que l'on fasse des pansements antiseptiques dans les canaux d'une dent dont la cavité contient encore de la dentine altérée, cela me paraît un non-sens.

Non seulement cette cavité doit être ouverte de telle manière que, suivant la règle que je considère comme invariable pour toutes les caries, tous les points de la cavité soient accessibles à la vue directe ou indirecte avec la glace, mais il faut encore qu'elle permette l'accès des canaux d'une façon aussi facile que possible et sans obliger à donner aux sondes une courbure exagérée ; il faut faire tous les sacrifices de tissu nécessaires pour atteindre ce résultat. Si la cavité est placée de façon trop incommode, comme dans les caries cervicales par exemple, il ne faut pas hésiter à obturer séparément cette cavité après avoir trépané la dent au point d'élection par où l'on effectuera le traitement ultérieur. *L'insuffisance de préparation des dents est une cause fréquente d'échec de traitement.* Outre la possibilité que j'ai signalée déjà de méconnaître le nombre exact des canaux existants, elle empêche le nettoyage convenable de ces canaux, elle entraîne fréquemment le bris de sondes introduites trop malaisément dans ceux-ci, elle est également cause de la création de faux canaux lorsque, dans ces conditions, on veut élargir les trajets normaux.

La chambre pulpaire doit être soigneusement préparée et les anfractuosités de celle-ci répondant aux cornes de la

pulpe doivent être nettoyées car, si on ne les recherche pas systématiquement, elles échappent à la préparation et elles contiennent toujours des débris pulpaires qui seront une cause d'infection des pansements et une cause de réinfection des canaux.

La chambre pulpaire largement ouverte, l'orifice des canaux ayant été reconnu, convient il, dans une première intervention, de poursuivre plus avant le traitement de la dent et de pénétrer dans les canaux ? Je ne le pense pas.

On sait, en effet, que l'une des complications fréquentes du traitement des dents infectées est que, à la suite d'une première intervention opératoire, une telle dent, qui parfois n'avait jamais occasionné au patient de poussées inflammatoires apparentes, peut donner lieu en quelques heures à des accidents suraigus avec tout le cortège des complications ultérieures que cela comporte.

On attribue généralement cette complication au refoulement de particules septiques par les instruments au delà de l'apex de la racine ou à une piqûre de la région périapicale par un instrument forcément septique par son passage dans le canal et qui produit un ensemencement direct des tissus périapicaux.

Or il est un point qui n'a pas été signalé je crois jusqu'ici et sur lequel j'appelle tout particulièrement votre attention ; c'est que, si cet accident se produit très fréquemment lorsque l'on explore les canaux même avec précaution dans une *première* séance, il ne se produit qu'exceptionnellement lorsque, ne touchant pas aux canaux dans cette première séance, on n'y pénètre que un ou deux jours après l'ouverture large de la chambre pulpaire ; après ce temps d'attente même si les sondes pénètrent au delà de l'apex et vont piquer les tissus périapicaux, il n'en résulte, le plus souvent, aucun phénomène ultérieur notable.

Quelle est la raison de cette particularité ? Elle est, selon moi, dans la nature microbienne de l'infection à laquelle on a affaire. Celle-ci en effet est constituée surtout par des micro-organismes anaérobies, soit qu'il s'agisse d'anaéro-

bies constants, soit qu'il s'agisse d'anaérobies facultatifs en raison de leur adaptation au milieu où ils se développent.

Or les anaérobies ont cette particularité que, contrairement aux autres organismes vivants dans l'air, ils n'empruntent pas l'oxygène nécessaire à leur vie à l'air extérieur, ils l'empruntent aux éléments sur lesquels ils se développent ; il en résulte ce fait, qui n'est paradoxal qu'en apparence, que l'oxygène de l'air, qui est un élément de vie pour tous les autres organismes, est, pour les anaérobies, un élément de mort ou tout au moins d'affaiblissement considérable de la vie. C'est ce qui explique la virulence des infections dites *en vase clos* signalée depuis longtemps et l'atténuation considérable qui se produit dans cette virulence si une telle infection est mise en rapport avec l'air extérieur.

Dans une dent infectée dans laquelle on pénètre pour la première fois, la chambre pulpaire est plus ou moins obstruée, souvent elle l'est complètement ; on remarquera même que la complication que je signale s'observe plus fréquemment sur les dents infectées que l'on désobture ; les anaérobies se trouvent donc à ce moment à leur maximum de virulence et si l'on vient, d'une manière quelconque, à ensemencer les tissus périapexiens avec ces micro-organismes, il en résulte une infection suraiguë d'autant plus facilement que ces tissus, je l'ai signalé tout à l'heure, sont dans un état de réceptivité favorable.

Mais si, laissant au contraire la chambre pulpaire ouverte pendant un jour ou deux, on laisse arriver l'air extérieur au niveau des canaux dont l'orifice aura été dégagé, cette virulence des anaérobies s'atténue très rapidement et l'on pourra sans aucun danger, 24 ou 48 heures après l'ouverture de la chambre pulpaire, faire toutes les explorations et nettoyages nécessaires dans les canaux sans craindre aucune complication, même si l'on pénètre au delà de l'apex, car l'atténuation de virulence est telle que, si les tissus périapexiens ne sont pas trop profondément enflammés, ils subiront sans inconvénients cet ensemencement avec des microbes atténués.

C'est pour ces raisons que, la préparation de la cavité cariée et de la chambre pulpaire étant achevée, l'orifice pulpaire des canaux étant désobstrué, j'arrête là toute intervention ; *je ne pénètre jamais dans les canaux dans la première séance de traitement*, me contentant de boucher la dent avec une boulette d'ouate assez lâche que je fais renouveler matin et soir par le patient pendant un jour ou deux ; ce n'est qu'après ce délai que j'entreprends la désinfection de la dent. On remarquera toutefois que, en raison des explications que je viens de donner, il se trouve que déjà il se fait une désinfection relative par l'intermédiaire de l'oxygène de l'air qui pendant cette période va diminuer la virulence de l'infection que l'on va avoir à combattre.

2° *La désinfection des canaux.*

Nous arrivons là à un des points capitaux de la question.

On peut ranger en deux catégories les procédés de désinfection qui sont employés dans ce traitement : 1° les procédés mécaniques ; 2° les agents médicamenteux.

Il s'est trouvé des auteurs pour prétendre que, en une seule séance, on pouvait obturer un canal radiculaire immédiatement après l'avoir ramoné, lavé et désinfecté par une application extemporanée d'un agent médicamenteux. Poussant les choses à l'extrême limite, on a même imaginé un appareil pour effectuer automatiquement ce nettoyage par une aspiration qui débarrasserait complètement les canaux de tout élément septique et y projetterait immédiatement la matière obturatrice définitive.

D'autres auteurs, au contraire, basent toute leur thérapeutique sur certains agents antiseptiques avec lesquels ils émettent la prétention de neutraliser ou tout au moins de momifier et rendre imputrescibles toutes les parties septiques de la dent et Buckley par exemple a exposé que l'on pouvait, grâce à certains agents, rendre neutres ou même antiseptiques tous les produits de décomposition de la pulpe contenus dans les canaux.

Or, si l'on tient compte des considérations que j'ai expo-

sées précédemment concernant la constitution anatomique des parties à désinfecter, il ne me paraît pas possible de pouvoir admettre la réalisation d'une désinfection parfaite de la dent par l'emploi exclusif de l'un ou l'autre de ces procédés.

Il serait illusoire en effet de s'imaginer que l'on aura désinfecté une dent parce qu'on aura ramoné son canal radiculaire si minutieusement cela soit-il. Cela serait déjà presque irréalisable s'il s'agissait d'un tube à parois lisses et imperméables comme le serait un tube de verre et c'est se faire une idée un peu bien simpliste de ce que c'est qu'une infection, au sens bactériologique du mot, pour s'imaginer cela. Mais, en outre, nous avons vu que les parois de ce canal ne sont pas imperméables et que, par conséquent, ce nettoyage ne saurait atteindre les canalicules de Tomes qui sont gorgés de bactéries et qui entretiendraient une infection permanente du canal en dépit de tous les nettoyages mécaniques possibles. Howe a même émis l'idée que le fraisage des canaux oblitère l'orifice des canalicules par les petits copeaux détachés et en empêche la désinfection ultérieure.

De plus, quand bien même cette désinfection du canal serait obtenue, la dent ne serait pas désinfectée totalement pour cela, il resterait la région périapicale, dont nous avons dit l'infection permanente dans les dents à pulpe infectée, et qui ne peut être atteinte par aucun nettoyage mécanique.

Quant aux parties inaccessibles des canaux, soit par forme anormale de la racine, soit par anomalie du nombre des canaux ou de leurs branches accessoires, je n'ai pas besoin de dire qu'aucun nettoyage mécanique n'est capable de les atteindre.

Quant au nettoyage par le vide, il ne faut avoir aucune idée de la nature de l'infection et du contenu des canaux d'une dent infectée pour s'imaginer qu'une aspiration, même parfaite, est capable de les débarrasser de l'enduit putride qui en revêt les parois comme une couche de peinture et c'est là encore se faire une idée bien simpliste d'une infection, bactériologiquement parlant, que de se l'ima-

giner sous forme de quelques débris putrides flottant dans un canal qui sera immédiatement désinfecté dès qu'une aspiration énergique les en aura extrait.

On ne saurait, d'autre part, demander aux agents médicamenteux, si puissants qu'ils soient et quelle que soit leur puissance de pénétration, de stériliser complètement des débris organiques macroscopiquement visibles et formant des masses putrides gorgées de bactéries. Ces masses étant albuminoïdes sont, ainsi que je l'ai signalé autrefois[1], coagulées par les agents antiseptiques et de ce fait l'action de ceux-ci ne dépasse pas une zone d'action restreinte, de sorte que ces parties, insuffisamment désinfectées, sont susceptibles de se réactiver.

Les recherches de Buckley, si intéressantes qu'elles soient, ne sauraient être convaincantes. Pour lui, les produits de la décomposition pulpaire sont formés de neuridine, putrescine et cadavérine avec de l'acide sulfhydrique, de l'acide carbonique et de l'ammoniaque ; mettant donc en contact de ces produits du tricrésol formol, on obtiendrait avec l'aldhéhyde formique et l'ammoniaque de l'urotropine, produit antiseptique ; avec les crésols et les graisses, du lysol, produit antiseptique et enfin l'aldhéhyde formique avec l'acide sulfhydrique et les ptomaïnes basiques formerait des composés inodores.

Sans nier la valeur de ces réactions, il serait à mon sens excessif de se figurer qu'elles vont se produire intégralement dans les canaux radiculaires ; il est des choses que l'on peut réaliser dans un verre à expérience dans un laboratoire et qui ne sont pas aussi facilement réalisables dans des canaux radiculaires. Je crois que ce qu'il faut retenir surtout de ces recherches c'est la préférence que l'on doit donner aux composés formolés pour la désinfection des canaux.

C'est du reste à cet agent aussi que s'adresse Howe, dont M. G. Villain a signalé récemment les travaux très inté-

---

1. Maurice Roy. — Quelques considérations sur le traitement du 4e degré simple ou compliqué d'abcès alvéolaire. *L'Odontologie*, 1903, p. 5.

ressants sur la désinfection des canaux, en l'associant, si je me souviens bien, au nitrate d'argent qui serait l'agent doué de la plus grande puissance de pénétration dans les canalicules de Tomes.

Quel que soit l'agent employé, l'action que nous lui demanderons d'exercer est déjà suffisamment grande, si nous le faisons agir sur des tissus débarrassés de tous les produits de décomposition accessibles à nos moyens d'action directs, sans leur demander plus qu'ils ne peuvent donner.

Il résulte donc des considérations que je viens de développer que, la désinfection rationnelle d'une dent infectée ne peut être obtenue que par une association judicieuse des *moyens mécaniques* et des *agents médicamenteux* qui ne demandera à l'un et à l'autre de ces procédés que ce qu'il peut légitimement donner.

Voyons comment il est possible de réaliser ces divers temps de la désinfection.

A. — *Moyens mécaniques.* — Le but que l'on doit se proposer d'obtenir par l'emploi des moyens mécaniques, c'est un nettoyage des canaux qui devra les débarrasser de tous les produits qui les remplissent, ainsi que des enduits qui en tapissent les parois afin qu'ils ne contiennent plus aucune particule macroscopiquement visible ni à leur intérieur ni sur leurs parois. Pour obtenir ce but il n'est pas indispensable d'exercer une action antiseptique, bactériologiquement parlant, de même qu'il ne faut pas forcément entendre par moyens mécaniques, ainsi qu'on le fait trop souvent, l'emploi de fraises ou d'alésoirs destinés à élargir les canaux, mais simplement tous les moyens qui se proposent le *nettoyage mécanique* des canaux radiculaires.

En ce qui concerne l'usage des fraises de Gates, je le proscris absolument dans tous les cas, car c'est un instrument aveugle qui facilite grandement la création de faux canaux. Ainsi que je l'ai dit plus haut, je n'emploie que des alésoirs et encore avec les plus grandes réserves, sauf dans les cas où les parois canaliculaires elles-mêmes sont cariées

ou lorsque les canaux sont obstrués par des masses solides que les sondes et les mèches humides sont insuffisantes à détacher. En cas de canaux très étroits leur lavage avec l'acide sulfurique à 40 o/o permettra généralement de les élargir suffisamment pour pouvoir en effectuer le nettoyage ultérieur. Je pratique pour ma part le nettoyage mécanique des canaux au moyen de mèches trempées dans l'eau oxygénée et j'en emploie autant qu'il est nécessaire pour qu'une demi-douzaine au moins de celles-ci sortent successivement aussi propres qu'elles étaient entrées, *c'est là pour moi le critérium de ce premier temps de la désinfection et je ne place jamais de pansement à demeure dans les canaux avant que ce premier résultat ait été obtenu.*

Certains auteurs ont préconisé d'autres liquides pour ces lavages, je n'attache pas une importance excessive à ce point particulier et n'importe quelle solution antiseptique pourrait être substituée à l'eau oxygénée, voire même simplement de l'eau bouillie. C'est en effet un *lavage mécanique* qu'il s'agit d'exécuter, mais pour lequel il est préférable d'employer évidemment une solution antiseptique. Ma préférence pour l'eau oxygénée tient à ce que, en plus de son grand pouvoir antiseptique, elle dégage des bulles d'oxygène au contact des matières organiques, du pus et du sang et que ces bulles de gaz entraînent en sortant du canal les particules libres que le nettoyage peut avoir détachées.

Une méthode intéressante, bien que je ne l'ai pas expérimentée moi-même, est celle de Schreier, de Vienne, par le sodium-potassium : la dent étant isolée on introduit à l'orifice des canaux une petite parcelle de sodium-potassium au moyen d'une sonde de platine ; une petite déflagration se produit par la combinaison des métalloïdes avec l'eau, il y a formation d'hydrogène naissant et saponification des graisses. On lave ensuite les canaux à l'aide de mèches et l'on place un pansement antiseptique.

B. — *Moyens médicamenteux.* — Les canaux, ayant été débarrassés par les procédés mécaniques de tous les

produits septiques accessibles, les moyens médicamenteux se proposent la désinfection proprement dite des canaux radiculaires et de toutes les parties que l'on ne peut atteindre mécaniquement.

Pour les raisons que j'ai développées précédemment, cette désinfection ne saurait s'obtenir extemporanément de façon efficace et sûre ; ce n'est que par des pansements à demeure, hermétiquement clos, que ce résultat peut être obtenu. Ce pansement hermétique permet en outre de se rendre compte s'il existe ou non des sécrétions pathologiques dans les canaux.

Si, pour le nettoyage mécanique des canaux, il n'est pas indispensable et il est même difficile de faire de l'antisepsie, bactériologiquement parlant, il n'en est pas de même pour la désinfection proprement dite où l'on doit chercher à réaliser l'antisepsie la plus rigoureuse tout en tenant compte du milieu dans lequel on opère. Pour cela il est indispensable de s'astreindre à la minutie la plus grande, tant dans la préparation des objets de pansement que dans les diverses manœuvres qui vont être nécessaires pour cette opération ; il y a intérêt du reste à régler de façon méthodique les divers temps du traitement des dents infectées.

On a conseillé pour cette désinfection de placer la digue, c'est une bonne précaution qui facilitera grandement la perfection des manœuvres, surtout si l'on opère seul, sans une assistante ; mais cela n'est pas indispensable et, grâce au concours d'une assistante bien dressée, on peut, dans la majorité des cas, pratiquer la désinfection rigoureuse des dents sans recourir à la digue qui n'en reste pas moins un adjuvant utile.

Je pratique cette désinfection proprement dite en deux temps consécutifs ; dans un premier temps, après séchage au moyen de mèches et d'air chaud, je fais un lavage antiseptique des canaux ; dans un second temps, j'applique un pansement dans chaque canal sous forme de mèches imbibées d'une solution antiseptique.

Pour cela, je prépare à l'avance pour chaque canal six sondes environ pourvues de mèches de coton de grosseur appropriée ; je prépare également, pour chaque canal, une

mèche spéciale qui sera la mèche destinée à rester comme pansement à demeure et, avant de procéder au nettoyage mécanique des canaux, je place toutes ces sondes, munies de leur mèche, dans un petit flacon *ad hoc* contenant du chloroforme où elles vont séjourner jusqu'au moment de leur emploi, c'est-à-dire pendant un quart d'heure au minimum, temps suffisant pour les stériliser complètement avec possibilité d'obtenir instantanément et commodément, s'il y a lieu, des mèches sèches et aseptiques en faisant évaporer au-dessus du bunsen le chloroforme qui les imbibe.

Ceci fait, je procède à la désinfection mécanique des canaux ainsi que je l'ai indiqué, puis je sèche à l'aide de mèches et d'air chaud et je pratique le lavage antiseptique des canaux en y passant successivement toutes les mèches chloroformées que j'ai préparées à cet effet. On sait l'action antiseptique puissante du chloroforme ; cet agent de plus dissout les corps gras qui pourraient exister dans le canal et qui auraient échappé au nettoyage mécanique, enfin par sa grande volatilité (moindre toutefois que celle de l'éther qui autrement pourrait être également employé dans ce but), il est possible avec quelques insufflations d'air chaud, d'obtenir, après ce lavage antiseptique, des canaux absolument secs sans avoir à y introduire d'autres mèches.

Ce lavage antiseptique, malgré son importance, ne peut exercer qu'une désinfection superficielle, il ne saurait comme je l'ai montré, désinfecter la dentine profondément infectée par les canalicules dentinaires ; il ne saurait désinfecter la région périapicale ; il ne saurait enfin agir efficacement sur les régions plus ou moins inaccessibles des canaux par suite de leur étroitesse, ou de leur disposition anormale. Ces différents buts ne pourront être atteints que par les pansements à demeure.

Il faut pour ces applications médicamenteuses à demeure s'adresser à des agents qui soient doués de propriétés antiseptiques puissantes, mais qui soient capables aussi de porter leur action au delà des points accessibles aux instruments. C'est ce qui fait la grande supériorité des

essences qui répondent à ces divers desiderata. En effet, outre la pénétration par capillarité comme pour tous les liquides, elles sont de plus très diffusibles et ont une grande puissance de pénétration dans l'ivoire, surtout s'il a été préalablement desséché par l'air chaud ; étant volatiles elles émettent à la température du corps des vapeurs qui vont exercer une action antiseptique continue sur des points comme la région périapicale et les parties canaliculaires inaccessibles aux actions directes en sorte que, à moins d'obstruction totale et absolue et s'il n'y a pas de complications périapicales qui, elles, sont susceptibles d'un traitement différent, les essences portent leur action antiseptique, dont on connaît la grande puissance, sur toutes les parties qu'il est nécessaire de désinfecter.

Ce que je viens de dire des essences peut s'appliquer en plus ou moins grande partie à d'autres substances également volatiles comme la créosote et les crésols, les phénols, les solutions formolées. Au sujet de ces dernières, on sait, par les travaux de Buckley, les réactions chimiques particulières que produit le formol au contact des produits putréfiés, réactions qui renforcent son action antiseptique ; cela en fait un antiseptique de choix pour la désinfection des canaux et c'est pourquoi à l'heure actuelle, le formol est un des agents les plus employés dans la désinfection des canaux associé aux crésols ou à diverses essences. Ces associations sont des plus judicieuses, car elles renforcent considérablement le pouvoir antiseptique de chacun des composants.

Ayant donc fait dans les canaux un lavage antiseptique au chloroforme, puis des insufflations d'air chaud, je place dans chacun d'eux une mèche imbibée de formothymol crésylé de Miégeville[1].

Pour cela je prends les mèches que j'ai préparées à

1. Tout autre médicament réalisant les desiderata que j'expose ci-dessus peut être substitué au formothymol ; le succès du traitement ne réside pas dans l'emploi d'un médicament particulier, je ne saurais trop le répéter, mais dans la perfection de la technique employée pour assurer l'antisepsie la plus parfaite possible.

l'avance et qui baignent dans le chloroforme, j'en évapore celui-ci et j'ai ainsi une mèche aseptique et sèche que j'imbibe alors du médicament et que je porte en place en évitant, comme pour toutes les autres mèches du reste, qu'elles ne se trouvent à aucun moment en contact avec des instruments ou des portions de dents qui ne seraient pas chirurgicalement propres. Ceci fait, je ferme hermétiquement la cavité avec de la gutta ou un ciment temporaire suivant le cas.

A partir de ce moment, et à moins d'une complication grave qui oblige à laisser la dent ouverte pour laisser amender les phénomènes inflammatoires, *les canaux ne doivent plus se trouver en communication avec la bouche, sous quelque prétexte que ce soit.* Qu'il s'agisse de renouveler le pansement ou d'obturer les canaux, ceux-ci devront être tenus d'une *façon absolue* à l'abri de tout contact septique quel qu'il soit ; le pansement ayant été enlevé, le patient ne doit être autorisé à fermer la bouche que si la dent porte à nouveau un pansement hermétique ou une obturation définitive des canaux. La violation de ces principes, très fréquente dans la pratique courante de nombre de dentistes, est une des causes de réinfection de dents qui semblaient désinfectées.

Au sujet de l'air chaud, dont j'ai indiqué l'emploi, je tiens à faire remarquer que certains praticiens exagèrent considérablement son rôle en lui attribuant une puissance antiseptique qu'il ne peut avoir dans la circonstance. En effet l'air sec ne possède une action antiseptique complète qu'à 150° centigrades et à condition que cette température soit maintenue vingt minutes au moins ; est-il besoin de dire que cette température ne peut être obtenue pratiquement ni comme degré, ni comme durée dans la région apicale des canaux qui est celle où la désinfection doit être la plus parfaite. L'air chaud n'exerce donc qu'une action antiseptique à peu près nulle en raison des nécessités de son application ; néanmoins c'est un adjuvant utile de la désinfection par la dessiccation de la dentine qu'il permet d'obtenir, ce qui augmente considérablement les qualités d'ab-

sorption de celle-ci aux médicaments ; il peut également en volatilisant dans la dent certains agents tels que l'iode, le formol, des essences, favoriser l'action de ces agents dans la désinfection à distance.

Un pansement tel que celui que je viens de décrire doit rester en place un minimum de huit jours, ce temps étant nécessaire, d'une part, pour que le médicament exerce son action désinfectante et, d'autre part, pour observer les réactions subies par la dent sous l'influence de cette fermeture hermétique et laisser aux sécrétions pathologiques, s'il en existe, le temps de se former en quantité suffisante pour déterminer quelque trouble ou pour en constater l'existence indubitable lors de l'enlèvement du pansement.

Au bout de huit à dix jours, j'enlève le pansement avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires et le remplace par une obturation définitive des canaux ou par un autre pansement suivant que je constate ou non les signes de guérison de la dent.

3° *Les signes de guérison.*

Contrairement à ce que prétendent les auteurs que j'ai cité dans la première partie de ce travail, il existe en effet un ensemble de signes qui permet d'affirmer la guérison absolue d'une dent infectée et la possibilité, si les canaux en sont obturés avec les soins nécessaires, de sa conservation indéfinie sans aucune complication ultérieure ; il n'y a à cela qu'une condition essentielle *c'est que ces signes puissent être constatés simultanément.*

Il faut pour affirmer la guérison d'une dent infectée que l'on constate simultanément les quatre signes suivants :

1° La dent doit porter un pansement hermétiquement clos depuis huit jours au moins ;

2° Ce pansement ne doit avoir causé aucune douleur spontanée et la dent doit être insensible aux divers modes d'exploration (percussion, pression vestibulaire) ;

3° Le pansement enlevé, les mèches contenues dans les canaux ne doivent avoir aucune odeur pathologique ;

4° Il ne doit y avoir dans les canaux aucune sécrétion pathologique.

J'insiste tout particulièrement sur ce dernier signe car l'on peut trouver des dents dans lesquelles la constatation des trois premiers signes pourrait faire croire à une guérison, alors qu'il existe dans les canaux une sécrétion pathologique, indice de lésions périapicales et, faute d'avoir recherché ce signe d'une grosse valeur symptomatique, on pourrait obturer des canaux présentant des lésions apicales en activité. Pour contrôler l'absence de toute sécrétion dans les canaux, le pansement étant enlevé, je prends une série de mèches sèches rendues aseptiques par un bain chloroformique et je les introduits dans le canal en évitant de traverser l'apex pour éviter toute cause d'erreur. La première est quelquefois un peu humide par suite d'un excès de médicament resté dans le canal, mais si une seconde et surtout une troisième mèche porte quelque trace d'humidité, on doit en conclure, si l'apex n'a pas été traversé par l'instrument, à l'existence d'une sécrétion pathologique périapicale et à la nécessité d'un nouveau pansement [1].

Le nombre de pansements nécessaires pour guérir une dent est variable suivant les cas ; je dois dire que, dans un grand nombre de dents infectées, il m'arrive de constater les signes de guérison précités après un seul pansement fait suivant la technique indiquée, mais il est impossible, dans une matière aussi variable, d'établir de règles. Néanmoins, je ne renouvelle jamais ces pansements plus de deux à trois fois, car si les signes de guérison ne sont pas obtenus à ce moment, c'est que l'on se trouve en présence d'une complication nécessitant une intervention particulière et de nouveaux pansements seraient, à eux seuls, impuissants à obtenir la guérison.

---

1. Il y a lieu de tenir compte parfois de l'existence d'un apex très largement ouvert comme chez les enfants par exemple et, dans ces cas, d'une légère sécrétion séreuse sans signification pathologique ; celle-ci est du reste absorbée par une ou deux mèches le plus souvent.

4° *L'obturation des canaux.*

La désinfection des canaux ayant été obtenue, leur obturation a pour but de les mettre à l'abri de toute réinfection ultérieure. Pour cela il faut : 1° que cette obturation soit hermétique ; 2° qu'elle constitue en même temps, au moins à l'extrémité apicale, un pansement permanent, complétant l'œuvre première de désinfection.

De ce que cette obturation doit être hermétique pour empêcher tout germe de pénétrer à nouveau dans le canal, s'en suit-il que celui-ci doit être obligatoirement obturé jusqu'à son extrémité apicale pour être guéri ? Bien que cette condition doive être recherchée de préférence, je ne pense pas qu'elle soit indispensable à la guérison de la dent pas plus qu'elle n'est une garantie de non récidive d'infection. Si le canal a été complètement désinfecté et si son orifice coronaire est hermétiquement clos, cela suffirait à empêcher théoriquement toute réinfection ; mais on aura à l'égard de cette herméticité d'autant plus de garantie qu'une plus grande étendue du canal sera obturée ; il est donc souhaitable de l'obturer entièrement et l'on doit s'y efforcer. Mais, par contre, il est inexact de penser que, parce qu'un canal est obturé jusqu'à l'extrémité apicale on est à l'abri de toute réinfection de la dent ; cela n'est exact qu'autant que la désinfection préalable a été complète et que l'obturation a été faite aseptiquement ; au cas contraire, il pourra se produire soit une réinfection par l'obturation elle-même, soit un réveil de l'infection première non disparue complètement, mais dont les germes pourront rester silencieux pendant un certain temps.

J'ai dit qu'une bonne obturation radiculaire devait constituer un pansement permanent de la portion apicale du canal ; en effet, quelles que soient la minutie de la technique, l'habileté de l'opérateur, des portions canaliculaires peuvent, pour les raisons que j'ai indiquées, rester hors de notre action directe ou peuvent n'être touchées par celle-ci qu'au moment de l'obturation des canaux pendant laquelle on va

y fouler une substance qui, si elle est suffisamment fluide, est susceptible de pénétrer sous l'influence de la pression dans des canaux très fins. Des portions de filets radiculaires peuvent, de ce fait, avoir échappé à l'extirpation ; il ne résultera aucun inconvénient de cette petite complication si, les canaux ayant été traités suivant les règles antiseptiques rigoureuses, on les obture avec une substance antiseptique qui embaumera, momifiera ces petits débris pulpaires et en empêchera toute décomposition ultérieure ; je n'en veux pour preuve que les cas innombrables de pulpites que j'ai traités depuis près de trente ans avec un succès contrôlé, par l'amputation pulpaire et où je conserve sans aucune altération, non pas un petit fragment radiculaire, mais les filets radiculaires de grosses molaires dans leur intégralité.

Pour ces diverses raisons, on doit donc rejeter absolument pour l'obturation des canaux, au point de vue de l'herméticité, toute substance susceptible de se décomposer ou simplement de s'infecter ultérieurement comme des mèches de coton, fussent-elles imbibées des substances les plus antiseptiques, liquides ou solides. C'est l'obturation la plus fréquemment rencontrée dans les cas de réinfection que l'on observe. On doit rejeter également les substances poreuses ou rétractiles qui n'obturent qu'incomplètement le canal après leur durcissement.

Au point de vue antiseptique, on doit rejeter, au moins, pour la région apicale du canal, des substances neutres telles que la gutta ; cette matière constitue bien une obturation hermétique, mais elle n'a aucune des propriétés antiseptiques que j'ai indiquées comme nécessaires à une bonne obturation.

Je donne pour ma part la préférence à une pâte formée ainsi :

Oxyde de zinc	5 parties
Aristol	1 —
Eugénol	qs. pour faire une pâte épaisse.

Cette pâte est très fluide ; elle est suffisamment antiseptique pour obtenir le résultat recherché et, pourvu qu'elle

soit employée assez épaisse, elle ne se rétracte pas et devient assez dure pour qu'on puisse faire ultérieurement, s'il y a lieu, tous les travaux nécessaires dans les canaux. Du reste, il est loisible, si on le désire, de placer de la gutta par-dessus cette pâte, il suffit que celle-ci remplisse la portion apicale du canal pour que tous les avantages de son emploi soit obtenus.

L'obturation des canaux effectuée, le traitement est terminé ; la dent peut alors être obturée ou travaillée en vue d'une restauration quelconque sans aucune crainte pour son avenir si son traitement a été poursuivi de bout en bout suivant la technique que je viens de décrire et avec toutes les précautions antiseptiques que celle-ci nécessite. La constance des résultats que j'obtiens, la longue durée de contrôle que je puis établir pour un grand nombre de cas (certains depuis trente ans) me permet d'apporter sur ce point des affirmations formelles et je ne doute pas, encore une fois, que nombre de confrères qualifiés pourraient, en s'appuyant sur leur pratique personnelle, apporter des résultats aussi satisfaisants que ceux que j'enregistre dans la mienne.

5° *La radiographie dans le traitement des dents infectées.*

Il me faut en terminant dire un mot de la radiographie et de son importance dans le traitement des dents infectées. Certains émettent à ce sujet des idées un peu excessives ; aussi, sans dénier l'importance et l'intérêt de ce mode d'exploration, je crois qu'il est nécessaire d'indiquer ce que l'on doit, selon moi, demander à la radiographie et les conclusions qu'il convient de tirer des renseignements qu'elle peut fournir.

La radiographie est un élément de diagnostic intéressant quant aux lésions périapicales que peuvent présenter les dents, mais il ne faut pas tomber dans l'exagération et penser que, seule, elle permet un diagnostic exact. En dehors de tout examen radioscopique, il est souvent parfaitement possible de diagnostiquer exactement l'existence de lésions

périapicales. La radiographie, d'autre part, ne doit pas dispenser d'un examen clinique sérieux dont cette radio ne doit être que le complément et dont les renseignements doivent toujours être contrôlés par l'examen clinique.

Sans revenir sur ce que j'ai dit au sujet de l'obturation des canaux, je considère que l'intérêt de la constatation de l'obturation de ceux-ci, que Goldman et Rhein ne veulent faire que sous le contrôle de l'écran, est très relatif puisque, d'une part, leur obturation complète n'est nullement un signe de non infection de la dent et que leur obturation incomplète n'est pas, d'autre part, un signe de non guérison de la racine[1].

Recourons donc à la radiographie pour éclairer le *diagnostic* des dents infectées et c'est là son rôle important, mais contrôlons les renseignements fournis par l'examen clinique ; s'il y a quelque altération dans la région périapicale, ne déduisons pas toujours des lésions que nous pourrons y constater des conclusions excessives au point de vue du traitement. Si les lésions sont légères, elles seront parfaitement capables de guérir souvent par la simple désinfection du canal ; ne voyons-nous pas parfois des fistules vestibulaires se fermer définitivement à la suite d'une simple ouverture des canaux et d'un pansement antiseptique convenable dans ceux-ci. Or une telle fistule est l'indice cependant, même dans le cas le plus simple, d'une lésion périapicale notable.

Si les lésions sont plus graves, il n'est pas indispensable dans la plupart des cas pour guérir celles-ci, de recourir à l'extraction ; un traitement convenable des canaux suivi d'une intervention appropriée dans la région vestibulaire: curettage apical avec ou sans résection radiculaire, suivant le cas,

---

1. Je signalerai, sans vouloir même la discuter, l'affirmation de M. Rhein (de New-York), cité par M. Imbert, que le traitement correct d'une dent (M. Imbert dit la fermeture, mais je veux croire que c'est le traitement entier) demande *treize heures de travail.* J'en appelle seulement au jugement des praticiens français les plus qualifiés et les plus minutieux pour juger ce point qui donne du moins une idée des... exagérations auxquelles se livrent en ce moment certains confrères au sujet du traitement comme des répercussions générales des dents infectées.

permettra de guérir radicalement et définitivement les désordres dus à la dent infectée en conservant, sans aucun danger, ni local ni général ultérieur pour le malade, une dent utile pour l'intégrité de l'équilibre dentaire et pour la mastication.

Conclusions.

Cette petite incursion dans le domaine des complications des dents infectées devrait me conduire à en étudier le traitement, mais je dois me limiter ici au traitement des infections simples, réservant celui de leurs complications pour un travail ultérieur.

Je me bornerai en terminant à poser les conclusions suivantes qui résultent de la présente étude du traitement des dents infectées :

1° S'il est incontestable que les dents infectées sont capables de produire des infections générales du type septicémique, il convient par contre de faire de très sérieuses réserves quant à la possibilité pour ces dents de provoquer les affections les plus diverses, ainsi que cela a été avancé par certains auteurs.

2° Quand bien même on admettrait cette possibilité, il y a lieu de s'élever vivement contre l'opinion qui prétend faire de leur extraction systématique, le seul traitement rationnel des dents infectées, sous prétexte que tout autre traitement n'offre aucune garantie de sécurité ni locale ni générale. Contrairement à ces affirmations, un très grand nombre de dents infectées sont susceptibles de guérir parfaitement et d'une façon définitive par un traitement convenablement pratiqué ; il en est de même pour nombre de complications locales des infections pulpaires. De telles dents bien traitées et guéries peuvent être conservées sans aucun inconvénient ni local ni général et avec tous les avantages locaux et généraux qui résultent de l'intégrité aussi parfaite que possible de la denture.

3° Le traitement des dents infectées doit être pratiqué d'une façon méthodique : *a*) par une préparation parfaite de la dent, de la chambre pulpaire et des canaux ; *b*) par

un nettoyage mécanique parfait de ceux-ci ; *c*) par une désinfection extemporanée, puis par des pansements à demeure hermétiquement clos.

4° On peut affirmer la guérison d'une dent infectée lorsque cette dent présente simultanément les quatre signes suivants :

a) La dent doit porter un pansement hermétiquement clos depuis huit jours au moins ;

b) Ce pansement ne doit avoir causé aucune douleur spontanée et la dent doit être insenible aux divers modes d'exploration (percussion, pression vestibulaire) ;

c) Le pansement enlevé, les mèches contenues dans les canaux ne doivent avoir aucune odeur pathologique ;

d) Il ne doit y avoir dans les canaux aucune sécrétion pathologique.

5° L'obturation des canaux devra être hermétique, faite avec des matières imputrescibles, non poreuses, mais constituant en même temps un pansement antiseptique permanent dans la portion apicale des canaux au moins.

6° Le succès du traitement doit être recherché non dans la puissance d'un médicament, mais dans la perfection et l'antisepsie des manœuvres opératoires et de désinfection.

7° Les complications locales seront traitées par un traitement approprié à chaque cas. En dernière analyse, le curettage apical permettra de guérir de façon définitive la plupart des formes rebelles de l'infection avec lésions péri-apicales et de restreindre considérablement le domaine des extractions de dents infectées.

8° Devront être extraites : *a*) toute dent infectée ne pouvant être soignée pour une cause quelconque (impossibilité ou refus du malade par exemple) ou ne pouvant être guérie après un traitement rationnellement poursuivi ; *b*) toute dent infectée dont la restauration après guérison serait impossible ou inutile ; *c*) les dents infectées qui provoquent des complications péri-maxillaires graves ou des accidents généraux d'infection aiguë.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS AU SUJET DES FOYERS INFECTIEUX PÉRI-APEXIENS

Par Paul HOUSSET,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Il a été récemment publié de nombreux articles concernant cette question d'actualité. Je crois qu'il est intéressant d'en grouper quelques extraits ; nous y trouverons des éléments de discussion qui, joints aux idées émises dans les travaux importants des Drs Roy et Joseph Mendel, permettront d'établir la base de l'étude complexe qui s'impose :

Maurice Peters, dans le *Dental Cosmos*, au sujet de la conservation de l'organe, considère trois facteurs :

L'état général.

L'état local, tissu apical et péri-apical.

L'habileté de l'opérateur.

L'extraction d'une dent, écrit-il, favorise l'infection gingivale des voisines ; un appareil même est très souvent une cause d'irritation et d'infection. Seuls les édentés ne porteraient pas de foyers infectieux, car dans quelle mesure ne peut-on pas admettre la pénétration bactérienne, au travers de la dentine, dans les caries voisines de la pulpe ? Le diagnostic radiographique lui paraît insuffisant : les zones de raréfaction, à la suite d'un traitement rationnel, sont plus ou sont moins visibles, et surtout elles peuvent être stériles. Il considère comme favorable, dans le pronostic, la disparition des symptômes cliniques.

Halley Smith et Robles, dans la *Semaine Dentaire*, citent William Hunter : « Les foyers infectieux dentaires sont une des causes les plus sérieuses des troubles organiques. »

Billing et Rosenow, du même avis, signalent la « septicémie orale ». Billing croit à la propagation infectieuse par la voie sanguine plutôt que par la voie lymphatique (embolie de petits vaisseaux sanguins).

Les auteurs écrivent que la dent fait piston de seringue

sur le foyer d'infection et cette pression, augmentant la congestion, favorise l'absorption.

Ils insistent sur l'examen bactériologique du canal, au point de vue diagnostic au moins autant que sur l'examen radiographique, le foyer infectieux pouvant exister alors qu'il n'y a pas encore de zone claire. La dent causale présente presque toujours des symptômes cliniques, mais ceux-ci peu perceptibles et intermittents passent le plus souvent inaperçus, sauf si l'organisme devient en état de moindre résistance. Comme traitement les auteurs préconisent l'avulsion ou la résection apicale selon les cas.

Le Dr Mario Wunderlich traite également des abcès apicaux borgnes décelés par radiographie. Il insiste sur la présence du streptocoque, dans 90 cas sur cent et, d'après Ulrich, les dents infectées ont 80 fois sur cent des abcès apicaux. Les adénites cervicales sont le plus souvent d'origine dentaire. Il croit à trois voies d'infiltration bactérienne:

Par continuité des tissus.

Voies lymphatiques.

Torrent circulatoire, et les nerfs directement, pour certains virus.

Il montre l'affinité spéciale de certains micro-organismes pour une région déterminée. L'amygdalite, comme les foyers dentaires, provoque des infections à distance.

Schichold dans 70 cas de rhumatisme trouve de l'amygdalite.

Murphy prétend que les affections traumatiques des articulations sont une inflammation métastatique d'une infection primitive éloignée.

De ces auteurs, Peters ne préconise pas l'avulsion, il croit aux possibilités d'un traitement conservateur.

Dans le travail de Black, il faut mettre en lumière les points suivants : pour les dents où l'obturation du canal est bonne le pourcentage d'abcès est de 9 o/o, avec la technique moderne et la science du praticien (il pourrait même ajouter la conscience) ce pourcentage pourrait être abaissé à 5 o/o.

(Or nous pensons que si une bonne obturation du canal

peut faire croire à un bon traitement préalable, elle n'en est cependant pas le critérium, et les moyens de désinfection ont pu être insuffisants.)

Dans ses statistiques il compte les granulomes, comme il en convient; d'autre part, il peut exister des zones raréfiées stériles. Dès lors, il n'y a plus d'exactitude dans les chiffres. Il convient de la résistance du terrain, pouvant empêcher fréquemment la diffusion des bactéries. Il faut retenir cette phrase qui est un peu la clef de la question : « *Un maniement plus soigneux des canaux doit restreindre le nombre des abcès.* »

Les résumés qui précèdent soulèvent certaines questions à étudier et à résoudre, qu'on les réfute ou qu'on les admette.

Il est évident que les abcès borgnes sont fréquents et leur retentissement sur l'état général, s'il n'est pas encore bien déterminé, peut être admis dans une certaine mesure. En conclure à l'avulsion constante, systématique, est un non-sens scientifique, un aveu d'incapacité technique. Mais il est nécessaire d'améliorer nos traitements.

Les magistrales études des Drs Roy et Joseph Mendel nous montrent exactement comment nous devons concevoir et développer la question.

Pour sortir du domaine de l'hypothèse il sera nécessaire d'expérimenter sur l'animal, notamment quant à l'évolution de la flore microbienne dans les zones de raréfaction péri-apicales. Si, par notre traitement, ces zones deviennent stériles avant même que le film nous montre la régénération osseuse, nous aurons la certitude de la réussite.

Nous pouvons toujours accorder la même valeur à la disparition des symptômes cliniques. En dehors des abcès borgnes, nous voyons fréquemment une fistule se tarir, puis disparaître par un traitement soigneux du canal, sans même toujours agir directement sur le trajet fistuleux. Tous les symptômes cliniques disparaissent, il n'y a plus de suppuration, la gencive est cicatrisée. Devons-nous douter de notre succès? Il me semble que nous ne pouvons pas admet-

tre que, la fistule disparue, il reste un abcès borgne plus dangereux que la fistule.

Alors il faut bien admettre que notre action s'est portée à distance et que nous pouvons agir avec efficacité contre ces foyers d'infection.

L'avantage de ces controverses, si elles ne sont pas portées inconsidérément dans le domaine du public, comme ont tendance à le faire certains dentistes et surtout certains médecins plus ou moins compétents, est de nous conduire à attacher une extrême importance au traitement d'une carie pénétrante, aussi délicat à exécuter que peut l'être la plus difficile intervention chirurgicale.

Nous constatons que la plupart des auteurs ne semblent pas différencier la dent que l'on dévitalise de celle que l'on désinfecte, ce que nous désignons comme 3e et 4e degrés. Il paraît évident que, s'il se développe un abcès borgne sur un 3e degré, c'est qu'il y a eu faute opératoire. La technique actuelle peut être améliorée, mais dès maintenant, si elle est scrupuleusement suivie, elle ne doit pas permettre l'infection péri-apicale dans un 3e degré.

Au sujet des réinfections secondaires, il sera logique de prohiber, comme matières obturatrices des canaux, les matières organiques, putrescibles, telles que la gutta et même les ciments. Les pâtes bien composées, la métallisation sont à utiliser.

Encore faut-il que les pâtes obturent exactement ou le mieux possible. Une tige métallique souple, fine, facilement stérilisable peut porter la pâte dans les canaux et rester à demeure. Ces tiges de plomb, d'aluminium, ou d'étain sont retirées aisément s'il y a nécessité.

La radiographie ne doit pas être seulement pré-opératoire, mais aussi post-opératoire, après un certain temps d'observation, ceci dans un but de documentation.

Mais le champ est vaste qui reste à parcourir, à propos de cette question.

REVUE DES REVUES

LE TRAITEMENT DES DENTS MORTES

Par Percy Howe.

L'auteur préconise l'emploi de deux solutions pour stériliser les canaux dentaires.

Deux solutions sont nécessaires, l'une contenant l'argent sous une forme telle qu'il puisse être rapidement et complètement précipité, l'autre contenant l'agent réducteur.

La première consiste en une solution d'oxyde d'argent dans l'ammoniaque; l'autre solution, ou l'agent réducteur peut être choisi parmi un grand nombre de corps organiques.

L'eugénol est un de ceux-ci et un très bon réducteur. Il laisse un dépôt assez épais, son action est lente et n'a pas une grande puissance de diffusion. Je préfère la formaline, car l'aldéhyde formique est très diffusible, et elle possède un haut degré de stérilité. La haute puissance stérilisatrice de cette méthode n'est due ni à la solution d'argent seule, ni à l'aldéhyde formique, mais à la réaction entre les deux.

Son effet est immédiat.

La première solution est préparée en couvrant juste les cristaux de nitrate d'argent avec de l'eau et en les dissolvant à l'aide de la chaleur.

Lorsqu'ils sont dissous on ajoute une solution forte d'ammoniaque. Celle-ci donne un précipité noir d'oxyde d'argent. On continue à ajouter de l'ammoniaque jusqu'à ce que le liquide devienne presque clair. Il ne faut pas permettre que le liquide s'éclaircisse complètement parce que nous ne devons pas désirer avoir un excès d'ammoniaque. On laisse alors refroidir et reposer. On décante et l'on met en réserve dans des flacons de verre foncé pour l'usage.

L'autre solution est simplement une solution de formaline à 20 o/o, c'est-à-dire un quart de formaline et trois quarts d'eau faisant environ une solution d'aldéhyde formique à 10 o/o. Cette solution est contenue dans un autre flacon.

La formule que j'ai donnée pour ces deux solutions est la suivante:

Solution A. —	Nitrate d'argent en cristaux.	3 grammes.
	Eau distillée.	1 $^{cm^3}$
	Ammoniaque à 2 o/o . . .	2,5 $^{cm^3}$

Dissoudre le nitrate d'argent dans l'eau en chauffant, ajouter l'ammoniaque et filtrer.

Garder dans des flacons de verre foncé.

Solution B. — Formaline (solution d'aldéhyde formique à 40 0/0) . . . . 1 partie.
Eau . . . . 3 parties.

Les autres solutions nécessaires sont :

Un vernis composé de résine et d'alcool de consistance assez épaisse.

Pour enlever les taches. — Une forte solution fraîchement préparée d'iodure de potassium suivie d'application d'alcool ou d'ammoniaque.

Pour nettoyer les flacons et la verrerie. — Solution saturée de bichromate de potassium dans de l'acide sulfurique concentré. Les flacons doivent être remplis de cette solution pendant une nuit entière. La solution est alors vidée et les flacons soigneusement lavés de préférence à l'eau distillée. Cette solution est couramment employée dans les laboratoires de chimie pour nettoyer.

Instruments pour l'application indiqués par Hamilton, de Boston. — L'un d'eux consiste en un tube de verre, sorte de compte-goutte courbé. A l'une des extrémités est fixé un petit bout de tube de caoutchouc. A l'autre extrémité se trouve une baguette de verre.

Un autre instrument se compose d'une petite boucle de métal montée sur un manche.

Une sorte de plume à dessiner a aussi été préconisée.

Les opérateurs de l'infirmerie Forsyth sont habitués à prélever la solution dans leurs précelles légèrement ouvertes.

De petits équarissoirs carrés sont bons.

Un rouleau de coton délicatement roulé autour d'un de ces derniers donne un bon instrument pour enduire la dent traitée.

Il est désirable d'enlever les bulles d'air et d'assurer une application minutieuse dans la dent. Des mèches de coton sont aussi très utiles dans l'application de ces solutions.

Principes d'emploi. — Il est nécessaire que l'opérateur chasse de son esprit toutes idées mécaniques.

La futilité de celles-ci est montrée par les coupes. Nous devons compter sur des principes chimiques et physiques. Ces solutions doivent agir dans l'intérieur de la dent. Nous essayons d'atteindre l'anatomie délicate de la dent, les ramifications et toutes les matières organiques malades.

Nous comptons sur les principes de la capillarité. Aucune

broche ne doit être placée plus loin qu'un tiers de la longueur du canal. Les solutions empliront un canal complètement si les bulles d'air sont enlevées et si la quantité de solution est suffisante.

Aucune douleur ne doit être éprouvée.

La douleur est due entièrement au mode opératoire de l'opérateur lorsqu'il fait passer sa solution au delà de la région apicale.

Mode opératoire. — A. — Dans un cas de pulpe en putréfaction mettez la digue. Préparez un large accès dans la cavité. Lavez et évacuez les débris. Séchez et appliquez le vernis couvrant entièrement la dent et imprégnant l'intérieur des parois jusqu'à la chambre pulpaire. Séchez le vernis. Emplissez la cavité avec la solution d'argent.

Laissez reposer environ 3 minutes. Si la solution est absorbée par la dent faites une nouvelle application. L'objet est de saturer la structure de la dent malade et la pulpe avec Puis ajoutez la solution de formaline et mêlez un peu dans la cavité en l'y laissant une minute ou plus. Absorber la solution avec du coton ou du papier absorbant. Recommencer une application semblable, ceci pour augmenter la quantité d'argent métallique. La région atteinte est stérile. Absorber de nouveau et réappliquez les solutions leur permettant d'entrer dans les canaux radiculaires. Il est inutile d'aller plus loin et d'imaginer un procédé pour obtenir la stérilisation. Les agents stérilisateurs sont sur le champ d'opération. La pulpe putréfiée devient stérile en quelques instants et les instruments travaillant dans ce champ sont stérilisés de ce fait. Séchez et enlevez les amas de matière putréfiée. Réappliquez les solutions. Laissez-les environ trois minutes, séchez, mettez de l'eugénol, séchez. La dent est stérile et obturée par de l'argent précipité de la manière la plus parfaite. Obturez avec ce que vous voudrez.

Finalement appliquez la solution d'iodure de potassium pour enlever la possibilité de taches de toute partie restante de la solution d'argent. Enlevez le vernis avec de l'alcool.

B. — Dans un cas avec un canal où la pulpe est gangrénée et un autre avec quelque sensibilité procédez comme en A, mais forcez le médicament avec une broche dans le canal qui est encore vivant. Ceci peut causer une gêne momentanée, mais elle est légère et cesse au bout de peu de temps.

Dans les deux cas toute la matière organique n'est pas enlevée. Dans un canal quelconque ou la totalité de la matière organique n'est jamais enlevée; mais enlevez autant que vous pouvez. Par ce traitement toute matière restante devient une masse dure et sèche d'albuminate d'argent stérile.

C. — En cas d'abcès traitez d'abord comme en A de façon à enlever la cause originelle du mal, seringuez à travers l'abcès ou à son intérieur avec une solution de Dakin.

S'il n'y a pas d'ouverture à l'abcès, faites-en une par la racine ou par la gencive et lavez avec la solution de Dakin.

Cette solution est le traitement propre au tissu cellulaire. L'argent est destiné à la dentine et la dent. Aussitôt que l'abcès est guéri appliquez l'argent comme en A plusieurs fois et obturez.

D. — Pour le coiffage de la pulpe, ne pas enlever la dentine ramollie au delà de la pulpe. Couvrez le plancher de la cavité avec un ciment d'oxyde de zinc et d'eugénol, dans les dents du fond mêlez un peu de cristaux broyés de nitrate d'argent dans l'oxyde de zinc et l'eugénol. Cela aide à durcir le ciment. Après durcissement, légère application du traitement à l'argent. Toute la dentine affectée est ainsi stérilisée et obturée même si l'affection est microscopiquement virulente. Les pulpes sont très vasculaires. Elles ont par conséquent un grand pouvoir récupérateur à la fois pour juguler l'infection et pour réparer les tissus.

E. — Traitez toute dentine et toutes caries avec ce médicament. Il dépistera des zones insoupçonnées qui sont affectées, les stérilisant et les obturant. Il ne pénètre pas les tissus sains.

Aucune cavité n'est stérile après l'excavation par la fraise. Excavez aussi peu qu'il est possible pour la rétention de l'obturation et obturez. Ceci évite une destruction mécanique de la dent avec la mort éventuelle de la pulpe et par suite le besoin qui s'en suit du travail des canaux radiculaires.

On demande souvent si cet argent métallique est vu aux rayons X. Il est vu, mais partiellement. Une radiographie est trop diffuse pour le montrer partout. A mon sens la radiographie est trop sollicitée pour l'interprétation de ce qui est correct ou non dans notre travail. Ni l'infection ni le pus ne sont décelés par les rayons X, la zone claire ou obscure est seule décelée. Une zone obscurcie qui ne dépasse pas la dimension d'un grain de riz ne signifie pas un abcès. Il s'agit habituellement d'un tissu de cicatrice épaissi. C'est le travail de réparation de la nature qui a succédé à la lésion créée par nos efforts de traitement. Des zones plus grandes qui montrent des signes de gonflement ou de crépitation doivent naturellement être ouvertes et nettoyées. L'apparence suivant ce traitement est une obturation serrée par du tissu autour de ces racines. Le traitement que nous avons décrit est la simplicité même, il est scientifique et je crois le plus parfait exposé jusqu'ici.

(*Journal of the national dental Association*, octobre 1920, p. 853.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXTRAIT DE LA LOI DU 25 JUIN 1920 PORTANT CRÉATION DE NOUVELLES RESSOURCES FISCALES

Impôt cédulaire sur les professions non commerciales (avocats, médecins, etc.)

« *Art.* 31. — L'impôt ne porte que sur la partie du bénéfice net dépassant la somme de :

» 4.000 fr., si le contribuable est domicilié dans une commune de 50.000 habitants et au dessous ;

» 5.000 fr., si le contribuable est domicilié dans une commune de plus de 50.000 habitants, ou située dans un rayon de 15 kilomètres à partir du périmètre de la partie agglomérée d'une commune de plus de 50.000 habitants ;

» 6.000 fr., si le contribuable est domicilié à Paris ou dans une commune de la banlieue dans un rayon de 25 kilomètres à partir du périmètre de l'octroi de Paris.

» En outre, pour le calcul de l'impôt, la fraction du revenu imposable comprise entre le minimum exonéré et la somme de 8.000 fr. est comptée seulement pour moitié.

» Le taux de l'impôt est fixé à 6 p. 100.

» Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'impôt est calculé, pour les charges et offices visés à l'article 30, dans les conditions et d'après les taux fixés par l'article 12 en ce qui concerne les professions commerciales. »

Bénéfices de guerre.

Art. 12. — La contribution extraordinaire instituée par la loi du 1er juillet 1916 cessera d'être applicable aux bénéfices réalisés après le 30 juin 1920.

Exemptions nouvelles.

Art. 13. — Ne seront pas soumises à la contribution extraordinaire pour les bénéfices réalisés depuis le 11 novembre 1918, si elles n'ont pas antérieurement produit des bénéfices donnant lieu à l'application de cette contribution :

1° Les entreprises créées ou non avant le 1er août 1914, dont l'exploitant a été mobilisé depuis le 1er août 1914 pendant un

an au moins ou a été réformé depuis cette date pour blessure reçue ou maladie contractée au service ; sont considérés comme exploitants, pour l'application de cette disposition, le ou les fils de veuve ayant dirigé effectivement avant leur mobilisation l'établissement dont la raison sociale porte le nom de leur mère;

2° Les entreprises situées dans les régions qui ont été envahies ou qui, s'étant trouvées dans la zone des opérations militaires, ont été arrêtées pendant 6 mois consécutifs au moins du fait desdites opérations;

3° Les sociétés constituées par des mutilés, réformés, veuves de guerre ou anciens combattants, à condition qu'aucun des associés n'ait antérieurement réalisé, à titre personnel, de bénéfices donnant lieu à l'application de la loi du 1er juillet 1916, que les associés aient fourni, en outre, les trois quarts au moins du capital social et que celui-ci n'excède pas 500.000 fr.;

4° Les entreprises dont le déficit par rapport au bénéfice normal, pour la période du 1er août 1914 au 31 décembre 1918, est supérieur aux bénéfices exceptionnels ou supplémentaires réalisés en 1919 et jusqu'au 30 juin 1920 ;

5° Les sociétés en nom collectif dont tous les associés ont été mobilisés et les sociétés en commandite simple dont tous les gérants ont été mobilisés dans les conditions indiquées à l'alinéa 1°, et cela pour la part revenant à chacun d'eux dans les bénéfices visés par la présente loi.

Sont également exonérés de la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires, à partir du 1er janvier 1919, les contribuables qui ont été mobilisés dans les conditions du 1° qui précède et dont le bénéfice total annuel, à dater du 1er janvier 1919, n'a pas été supérieur à 30.000 fr.

Les veuves et orphelins mineurs de guerre bénéficieront de l'exonération ci-dessus dans les mêmes conditions que celles prévues en faveur des mobilisés au 1° du présent article.

Remarque. — Les femmes de disparus bénéficient des mêmes dispositions. Ces exemptions ne s'appliquent naturellement qu'à 1919 et 1920 (*Journal officiel* du 26 juin 1920).

SUR L'IMPOT DES BÉNÉFICES DE GUERRE

Nous publions ci-après la consultation que la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a demandée à son conseil judiciaire sur une question toute d'actualité présentant un grand intérêt pour les chirurgiens-dentistes.

C'est le 31 mars 1921 qu'expire le délai de grâce accordé aux contribuables pour la déclaration de leurs bénéfices de guerre. Les chirurgiens-dentistes n'ont donc plus que quelques jours pour se mettre en règle avec la loi.

Mais tout d'abord la contribution sur les bénéfices de guerre instituée par la loi du 1er juillet 1916 leur est-elle applicable ? On en avait douté. Dans les rapports faits aux Chambres, dans les débats, dans la plupart des dispositions de la loi, il n'était question en effet que des personnes qui s'étaient enrichies par des marchés avec l'Etat. Mais le texte était formel. L'art. 1er visait dans son § 4 « les personnes passibles de la contribution des patentes ». Dans les professions libérales soumises à la patente, telles que les professions de médecin ou de chirurgien-dentiste, les déclarations ont été rares. Mais le Trésor, dont les besoins sont devenus si pressants, a taxé d office quelques-uns des récalcitrants et notamment un médecin, qui reconnaissait avoir fait des bénéfices, mais qui soutenait que les professions libérales n'étaient pas assujetties à la contribution.

Par décision du 26 octobre 1917, la Commission supérieure a rejeté ce système :

« Considérant, dit l'arrêt, que la profession de médecin figure au tableau D annexé à la loi du 15 juillet 1880 ; qu'ainsi le sieur X était, à raison de ladite profession, passible de la contribution des patentes ; que dans ces conditions les dispositions du § 4 de l'art. 1er ci-dessus visé de la loi du 1er juillet 1916 ne prévoyant aucune distinction entre les patentables, c'est à bon droit que la Commission du 1er degré a soumis à la contribution sur les bénéfices de guerre la part des bénéfices du sieur X excédant son bénéfice normal. »

En principe les chirurgiens-dentistes sont donc obligés de faire une déclaration. S'ils n'ont pas fait de bénéfices de guerre, cette déclaration sera négative. Si dans la période prévue par la loi ils ont éprouvé des pertes, ils joindront à leur déclaration de bénéfices l'état des exercices en déficit.

Il est une catégorie de dentistes qui peuvent à la rigueur s'abstenir de déclaration, ce sont ceux qui, de toute évidence,

n'ont pas pu réaliser de bénéfices. Mais on ne peut ranger dans cette catégorie que ceux qui ont fermé leur cabinet pendant la plus grande partie des hostilités.

Les autres seraient exposés aux lourdes pénalités prévues par la loi.

Sans doute les contrôleurs des contributions directes n'ont aucune base pour établir les bénéfices d'une profession libérale. Seuls les commerçants ou les fournisseurs de l'Etat sont astreints à tenir des livres. Mais on ne saurait admettre qu'un médecin ou un dentiste ne tînt aucun état de ses recettes. Comme la loi autorise la Commission à taxer d'office, le dentiste qui se refuserait à donner des éclaircissements au contrôleur serait exposé à de sérieux mécomptes.

En résumé, j'estime que tous les dentistes dont la situation peut paraître douteuse auront avantage à faire leur déclaration avant le 31 mars. Si cette déclaration est affirmative, ils devront y joindre l'indication des exercices où ils auraient éprouvé sur les recettes d'avant-guerre un déficit.

F. DUCUING,
Avocat à la Cour d'Appel.

RÉPONSE MINISTÉRIELLE A UNE QUESTION ÉCRITE

Les chirurgiens-dentistes et la demi-taxe sur les automobiles

M. Masclanis, sénateur, demande à M. le ministre des finances si la taxe entière doit être appliquée à une automobile d'un chirurgien-dentiste, mutilé de guerre, installé dans un chef-lieu de canton et obligé de se rendre, pour exercer sa profession, dans deux succursales établies dans des cantons voisins (*Question du 3 février* 1921).

Réponse. — L'Administration estime que, parmi les patentables des professions libérales, peuvent seuls bénéficier de la demi-taxe ceux qui en profitaient sous l'ancienne réglementation, laquelle excluait les chirurgiens-dentistes. Au surplus, il appartient aux tribunaux saisis sur plusieurs points de trancher le différend (*J. off.*, 28 février 1921.)

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE PAR LES MEDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES ALSACIENS-LORRAINS

Dans sa séance du mardi 15 février le Sénat a adopté les deux premiers articles du projet de loi approuvé par la Chambre des députés le 31 juillet 1920 autorisant les médecins et les chirurgiens-dentistes alsaciens-lorrains réintégrés dans la nationalité française à exercer sur tout le territoire français.

L'art. 3, relatif aux dentistes non diplômés, a été disjoint et renvoyé à la Commission.

Nous avons publié ce projet de loi dans notre n° du 30 septembre 1920, p. 498.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Michel Renhold

Une manifestation de sympathie, organisée par le Groupe des amis des trois écoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F. en l'honneur de M. Michel Renhold, décoré récemment de la Légion d'honneur, a eu lieu le 2 mars à l'Hôtel Lutetia.

Elle consistait en un dîner amical, qui lui était offert et à l'issue duquel lui a été remis l'insigne de la Légion d'honneur. Ce dîner a réuni 45 convives.

Au dessert *M. H. Villain,* secrétaire du Groupe, a d'abord donné lecture de la correspondance qui comprenait de nombreuses lettres d'excuses et de félicitations.

M. Bruschera, après s'être félicité, comme ancien combattant de l'honneur rendu à un des plus vaillants parmi ses compagnons d'armes, honneur qui est en même temps un hommage à tous les héros de la grande guerre, a commenté en ces termes les citations dont Michel Renhold a été l'objet.

Le 14 mai 1915 le médecin-major Weil citait Renhold à l'ordre du jour. C'est à ce chef distingué que revient le mérite d'avoir su, le premier, discerné les qualités de dévouement de notre confrère Renhold.

Le 17 mars 1916 derrière les Hauts-de-Meuse dans le petit village de Sommedieue distant à peine de 5 kilomètres de l'ennemi, eut lieu vers 14 heures une prise d'armes pour la remise de la médaille militaire au sous-officier Renhold.

Si vous aviez vu la poignante émotion qui étreignait tous les glorieux assistants dont la plupart étaient des rescapés, de la ruée sur Verdun ! De Flaugergues, brillamment cité à cette occasion, faisait partie de cette brillante phalange. Au centre du cercle formé par ses compagnons d'armes, Michel Renhold, oh ! pas le fringant gentleman que nous contemplons ce soir, mais un pauvre être à bout de forces. Ses yeux caverneux semblaient surgir d'une barbe hirsute. On s'attendait à le voir défaillir.

Le colonel du 330e lut :

« En date du 13 mars 1916 la médaille militaire est décernée au sous-officier Renhold pour être resté avec son bataillon dans une position violemment attaquée, s'est prodigué du 26 février au 4 mars, jour et nuit, soignant les blessés sous un bombardement continuel. Grâce à

son dévouement et son mépris de la mort, un grand nombre de blessés ont pu être sauvés. »

Laissez-moi vous narrer brièvement la grandeur tragique de cette épopée.

Les Allemands engagèrent la bataille pour la prise de Verdun le 21 février 1916. Le régiment de Renhold, le 330e d'infanterie, occupait le village de Fresnes en Woëvre. C'était la position la plus avancée à 22 kilomètres est de Verdun en avant des Hauts-de-Meuse.

Le 25 février l'avance de l'ennemi sur Douaumont oblige les Français à abandonner la plaine de Woëvre et à venir s'adosser au pied des Hauts-de-Meuse. Nous ne conservons des avant-postes qu'à Manheulles et à Fresnes en Woëvre, soit un recul volontaire de 4 à 8 kilomètres. La position de Fresnes se trouvait semblable à un poing tendu vers l'ennemi dont le bras, représenté par un couloir d'à peine 1800 mètres de large, venait prendre naissance dans le village de Bonzé au bas de la butte des Eparges.

Manheulles fut pris le 28 février et on considérait Fresnes comme perdu.

D'heure en heure on appréhendait de connaître l'anéantissement de la glorieuse ligne qui défendait ce dernier poste de la Woëvre.

Le 1er mars Fresnes fut aux 3/4 occupé par les Boches. Le poste de secours était installé dans une casemate organisée dans la cave d'une maison en ruines. Le premier soin de l'ennemi, avant d'y pénétrer, fut d'envoyer des grenades pour tuer les occupants. Des blessés aux soins de Renhold furent achevés et il ne dut son salut qu'à la configuration des lieux qui lui permit de trouver un abri. Durant une demi-journée il fut prisonnier. La fureur du bombardement ne permettait pas leur départ.

Une contre-attaque française réoccupa Fresnes. Renhold et ses blessés sont délivrés et il continua à se prodiguer durant encore quatre jours. Son médecin-major n'avait pu supporter de telles émotions et son esprit s'égarait. Renhold dut assurer, seul, sans répit, tout le service.

Le 25 mars à minuit une compagnie du 366e d'infanterie relevait de leur poste ces braves.

Du bataillon il ne restait plus que 90 hommes, Renhold rejoignit nos lignes après avoir évacué tous ses blessés et en ramenant son pauvre médecin-major devenu fou.

Dix heures après Fresnes était définitivement enveloppé et les défenseurs étaient prisonniers.

Tel est le motif de sa 2e citation, qui lui valut la médaille militaire.

Le 27 septembre 1916, Renhold est blessé et, malgré cela, continue à assurer son service (3e citation).

Le 30 janvier 1917, lors de la défense d'un centre de résistance, il a assuré le service médical d'un détachement et a été cité à l'ordre de l'armée (4e citation).

Le 6 mars 1917, au cours d'un violent bombardement, organise les secours et sauve d'une mort certaine un blessé grave (5e citation).

Le 12 décembre 1917, Renhold est décoré de la military cross par ordre du roi d'Angleterre.

Enfin le 7 février 1921, Renhold est fait chevalier de la Légion d'honneur avec la 7e citation suivante : médecin auxiliaire d'une bravoure et d'un courage exceptionnels, 3 blessures, 6 citations, médaille militaire.

Je n'ai rien à ajouter de plus pour exalter sa bravoure.

Le Dr Weil, médecin-major du 15e régiment d'infanterie, auquel Michel Renhold avait été affecté au début de la guerre, et qui, le premier, l'a cité à l'ordre du jour, a rappelé, dans une allocution pleine de cœur, les débuts de Michel Renhold sur le front, le dévouement et la bravoure dont il a fait preuve dès les premières opérations et qui lui avaient valu la citation qu'il avait été heureux de lui accorder.

Il dit ensuite les regrets que lui causa son départ pour un autre régiment et la modestie avec laquelle Renhold lui donnait de ses nouvelles en l'informant incidemment, comme d'un fait secondaire et accessoire, des belles citations dont il avait été l'objet par la suite.

M. le Dr Roy, président du banquet, a rappelé que M. Renhold a fait chez lui ses débuts professionnels. Il a pu ensuite le suivre dans sa carrière d'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris où il a été successivement préparateur de dentisterie opératoire, chef de clinique de prothèse, professeur suppléant de clinique de prothèse.

Il a fait ressortir les belles qualités d'héroïsme et de devoir de Michel Renhold dont une de ses citations dit : « *qu'il avait l'habitude de faire plus que son devoir* ». Sans se laisser arrêter par aucun danger, sous la mitraille, jour et nuit, il prodiguait ses soins, ramenait des blessés ; blessé lui-même, il retourne au front et continue de remplir sa tâche jusqu'à ce qu'il soit obligé de s'arrêter, épuisé par l'effort considérable qu'il a fourni pendant si longtemps. Après la phrase citée plus haut, pourrait-on faire plus bel éloge de lui que ce passage d'une autre citation : « *grâce à son dévouement de nombreux blessés ont pu être sauvés et conservés à la patrie* » ?

Il lui a exprimé l'admiration, l'estime et l'affection de tous et, en terminant il lui a remis, au nom du Groupe des Amis de l'Ecole dentaire, l'insigne dont nous parlons plus haut.

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris et comme membre du corps enseignant, *M. Godon* a adressé des félicitations à Michel Renhold, dont la bravoure fait honneur au corps des dentistes militaires et dont la récompense rejaillit sur l'Ecole.

M. Renhold a répondu et, en termes très émus, a remercié de la manifestation qu'il a trouvée dépasser son modeste mérite.

Cette réunion a été marquée par un caractère tout particulier de cordiale émotion.

Manifestation de sympathie.

A l'occasion de la nomination du Dr Roy au grade de chevalier de la Légion d'honneur, une cérémonie tout intime a eu lieu dans son service à l'hôpital de La Pitié.

Les élèves de ce service, au nombre de trente environ, et le personnel se sont unis dans un même élan de pensée et de cœur le samedi 4 mars, pour manifester leur sympathie à leur chef. Après une chaleureuse et affectueuse ovation et une amicale allocution de son assistant, M. Haloua, un souvenir a été offert au Dr Roy.

Celui ci, vivement touché de cette marque de sympathie et de déférence, a chaudement remercié son auditoire en lui exprimant toute la joie et toute l'émotion que lui causait cette cordiale manifestation.

ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

Commémoration des morts de la guerre de 1914-1918

En novembre dernier a eu lieu à l'Ecole dentaire de Lyon, la cérémonie de consécration de la plaque commémorative des professeurs, chefs de clinique et élèves de cette Ecole morts pour la France, lesquels sont au nombre de 23, ce qui constitue une large part contributive à l'hécatombe générale.

L'exiguïté des locaux n'ayant pas permis de donner à cette cérémonie toute l'ampleur en rapport avec son caractère, le Conseil d'administration s'est, à son grand regret, trouvé dans la pénible nécessité de limiter les participants aux familles des morts, aux membres du corps enseignant et enfin aux élèves en cours d'études.

La réunion a eu lieu dans la salle de bibliothèque de l'Ecole où est apposée, à la place d'honneur, la plaque en marbre sur laquelle sont gravés les noms de ceux qui ont succombé au cours de la grande Guerre.

A cette cérémonie, M. le Docteur Vichot, président du Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Lyon, et M. le Docteur Bouchard, directeur adjoint de l'Ecole, ont pris la parole.

Allocution de M. le Docteur Vichot.

Messieurs,

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Lyon a décidé de vous réunir aujourd'hui, à la veille de la Toussaint, pour honorer la mémoire de ceux qui, membres du corps enseignant, anciens élèves

et élèves de l'Ecole, sont morts au service du pays, pendant la grande Guerre.

Ce jour, coïncidant avec la rentrée des cours, ne pouvait être mieux choisi pour montrer aux élèves en cours d'études, comme à ceux nouvellement inscrits, le culte que nous devons à nos chers disparus.

En témoignage du respect et de la reconnaissance qui leur sont dus, le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire a décidé l'érection de cette plaque commémorative.

Nous ne pouvons mieux exprimer notre reconnaissance pour le service qu'ils ont rendu à la Patrie. C'est pour perpétuer leur souvenir, pour immortaliser leur dévouement, que leurs noms ont été gravés sur ce marbre, posé à la place d'honneur, afin qu'ils soient à tous un exemple et un enseignement.

Parmi nos morts se trouvaient trois membres du corps enseignant : M. Erny, professeur de Clinique, M. André, professeur de Chimie et de matière médicale, tous deux morts des suites de maladie contractée en service, l'un comme dentiste militaire, l'autre comme pharmacien-major, M. Fontvieille, chef de Clinique, tué par un éclat d'obus dans l'exercice de ses fonctions de dentiste militaire d'une division d'infanterie.

Douze chirurgiens-dentistes, anciens élèves de notre Ecole, ont trouvé la mort pendant les hostilités ; parmi eux, 8 affectés au Service de santé, MM. Gelas, officier d'administration, mort accidentellement en service commandé ; de Rouville, tué par un éclat d'obus, comme dentiste militaire d'une division d'infanterie ; Gody, Raoux, Guerrier, Bedon, Benoit-Guyot, Lagarde, comme dentistes-militaires dans l'exercice de leur fonction.

Les autres, comme combattants dès le début de la guerre, avant la création des dentistes militaires : MM. Castanier, du 16e d'infanterie, tué à Bronderdorf (Lorraine) le 29 août 1914 ;

Rouvreur, du 22e chasseurs alpins, blessé à Sainte-Marie-aux-Mines, mort dans un hôpital des Vosges des suites de ses blessures ;

MM. Tauty, brancardier régimentaire au 152e d'infanterie, blessé par éclats d'obus le 24 juin 1915, décédé le 1er juillet 1915, des suites de ses blessures à Villers-Chatel (Pas-de-Calais) ;

Benoit Marius, du 75e d'infanterie, tué à Desfosses près Etival (Vosges) le 27 août 1914.

Enfin huit élèves en cours d'études, presque tous combattants, s'ajoutent à cette funèbre liste déjà longue :

MM Lafay André, caporal dans un groupe de brancardiers divisionnaires, tué à Ville-sur-Cousances (Meuse) le 21 mai 1916 ;

Lyant Henri, mort de la grippe à Milan le 28 octobre 1918 pendant la campagne d'Italie ;

Peyrol Jean, de la 14e section d'infirmiers militaires, décédé des suites d'une maladie contractée en service ;

Balas Maurice, du 13e chasseurs alpins, tué à l'Hilsenfirst le 14 juin 1915 ;

Trajat Eugène, infirmier de bataillon au 53e colonial, tué par éclats d'obus en juillet 1918 à Verdun ;

Vanhout Gratien, canonnier au 407ᵉ d'artillerie lourde, tué dans la forêt de Retz (Aisne) le 17 août 1918 ;

Putigner Hubert, du 16ᵉ d'infanterie, mort des suites de ses blessures, le 12 août 1918 à Champlieu dans l'Oise.

Vous voyez quelle a été la large part contributive de notre Ecole à l'hécatombe générale. Tous sont tombés en héros, en soldats, en faisant tout leur devoir dans quelque situation que le hasard leur ait réservée.

Honneur à eux !........ Ils ont été emportés à la fleur de l'âge en pleine jeunesse ou en pleine maturité et ont laissé éplorés parents, fiancées, femmes ou enfants. Nous devons associer leur souvenir à la douleur de ceux qui les pleurent.

Saluons respectueusement et pieusement leur mémoire en disant que leur sacrifice n'a pas été vain. Ce sacrifice doit nous servir et nous montrer, que, dans notre grande et belle famille professionnelle, comme dans notre chère Patrie, nous devons rester unis dans le travail.

Qu'ils soient dans notre pensée, qu'ils soient pour nous des exemples, c'est encore le meilleur moyen de conserver et d'honorer leur mémoire.

Allocution de M. le Docteur Bouchard.

Messieurs,

Nous venons d'honorer nos disparus, ce sont des héros ; ils ont fait tout leur devoir et sont allés jusqu'au suprême sacrifice. Notre devoir est infiniment plus facile à remplir ; il est, pour nous, de vous donner l'instruction que vous venez chercher ici, et je sais qu'aucun des membres du corps enseignant de cette Ecole ne faillira à cette tâche de dévouement qu'il a librement acceptée.

De votre côté, Messieurs les étudiants, votre devoir est de travailler sans relâche pour faire de bons praticiens ; de profiter de toutes les facilités qui vous sont données pour vous instruire, et, à l'intérieur de cette Ecole, de satisfaire aux règlements qui ont été édictés pour votre propre bien.

Ce que je vous demande, c'est donc le travail et la bonne conduite. C'est pour vous un devoir envers vous-mêmes, car il s'agit là, de votre propre intérêt, d'une obligation morale de cultiver et de développer vos facultés, d'accroître le plus qu'il est possible votre patrimoine de connaissances.

C'est un devoir envers vos parents, qui vous donnent le bénéfice d'une instruction supérieure et ont le droit d'être rémunérés de leurs sacrifices.

C'est un devoir envers vos maîtres, qui ont des droits d'autant plus forts à votre reconnaissance qu'ils agissent par dévouement ; que pour venir à vous, ils ont mis de côté leurs propres intérêts et n'ont pas cherché à tirer de leurs peines un bénéfice légitime.

C'est un devoir aussi envers votre future clientèle, qui a droit de trouver en vous des praticiens doués des connaissances voulues. C'est un devoir enfin envers la profession tout entière, envers vos futurs confères, à qui vous devez montrer que vous êtes des hommes, capables de relever encore le niveau professionnel. Ce sera le meilleur moyen,

dans votre sphère, de vous montrer dignes de ceux que nous avons perdus, parce qu'ils avaient à accomplir une plus haute destinée.

Ceci dit, je vous souhaite la bienvenue, à vous, anciens et nouveaux; que cette année vous soit favorable et se termine pour vous par une bonne réussite aux examens.

Manifestation de sympathie.

Le banquet de l'Ecole dentaire de Lyon, dans le courant de novembre dernier, a été l'occasion d'une manifestation de sympathie en l'honneur du président du Conseil d'administration, le Dr J. Vichot, décoré de la Légion d'honneur, comme on sait, il y a quelques mois.

Au champagne, M. Soulard remit à M. Vichot, au nom de l'Ecole, un bronze représentant Spartacus.

Il retraça sa vie de travail et de dévouement et lui adressa les félicitations de ses confrères.

M. Rouvier rappela l'attachement de M. Vichot à l'Ecole.

Le directeur de l'Ecole, le Dr Pont, rendit hommage à l'amour du travail dont M. Vichot a donné tant de preuves, le compara à Claude Martin et le remercia des services qu'il avait rendus aux blessés pendant la gnerre.

Il le montra de retour à son poste à l'Ecole, se chargeant de toutes les démarches nécessaires à sa reconstruction, qu'il compte voir commencer bientôt.

M. Vichot remercia, promettant de faire l'impossible pour mener à bien l'œuvre entreprise, c'est-à-dire cette reconstruction.

(D'après la *Province Dentaire*, janvier 1921).

CITATION A L'ORDRE DU JOUR

M. Guebel nous communique la copie de l'ordre n° 23.976 « *D* » *que nous sommes heureux de reproduire.*

Sont cités à l'ordre du régiment:

. . . .

Schwitzguebel (dit Guebel), Joseph Bernard Charles, matricule 132, sergent au 52e bataillon de chasseurs à pied :

« Au combat de l'Hartmann le 7 janvier 1916, à la nuit, cha gé par le médecin-chef de service de se rendre à travers un terrain balayé par les obus à l'observatoire du bataillon où des blessés de la ligne étaient recueillis, s'est porté sans l'ombre d'une hésitation en ce point dangereux ramenant avec lui les blessés au poste de secours ».

NÉCROLOGIE

Dr L. Theuveny.

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Lucien Theuveny, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, survenue le 1er mars 1921, dans sa 47e année.

Gendre de notre confrère M. G. Viau et beau-frère de M. L. Viau, il avait apporté à l'*Odontologie*, notamment en 1907 et en 1908, des études très appréciées sur les dents chez le fœtus et le nouveau-né dans les cas d'infection conceptionnelle.

Il laisse une veuve et deux enfants.

Ses obsèques ont eu lieu le 4 mars. L'Ecole dentaire de Paris y était représentée par plusieurs membres du Conseil d'administration et du corps enseignant.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos très sincères condoléances avec l'assurance de toute notre sympathie.



Notre confrère, M. Jules Cournand, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 30 janvier 1921, à l'âge de 48 ans.



Notre confrère, M. Ed. Rosenthal, de Bruxelles, trésorier de la F. D. I., vient d'être éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 11 février 1921, à l'âge de 61 ans.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous enregistrons avec le plus grand plaisir parmi les promotions du Service de Santé militaire (*Officiel* du 15 février) la nomination au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. le professeur Sebileau, directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

M. Sebileau veut bien, depuis de longues années, donner son

excellent enseignement aux étudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

En le priant d'agréer nos vives félicitations pour la distinction justifiée qui lui a été conférée, profitons de cette circonstance pour le remercier une fois de plus de sa précieuse collaboration à notre institution.

Dans la même promotion, nous relevons le nom du docteur Béal qui, dégagé de toute obligation militaire, a servi au début de la guerre comme médecin traitant de l'hôpital 106 à Lille. A la suite de la fermeture de cet hôpital par les Allemands, il a réussi à s'évader de cette ville et à revenir à Paris, où il a été nommé chef du service de stomatologie au Grand Palais.

Nous relevons également dans la même promotion la nomination de Mme Régis, D. E. D. P., au grade de chevalier comme chirurgien-dentiste, en raison des soins dentaires qu'elle a assurés bénévolement dans un hôpital auxiliaire et des services qu'elle a rendus comme présidente fondatrice de l'*Algérienne*.

Dans la promotion du 25 février, nous enregistrons avec plaisir le nom de M. Bouvet (Jules Albert), d'Angers, qui, d'après sa citation, s'est attaché dès le début des hostilités au traitement des blessés de la face et a contribué très puissamment à l'organisation et au bon fonctionnement du centre maxillo-facial d'Angers, donnant les soins les plus dévoués aux blessés de la région.

Nous adressons à M. Béal, à Mme Régis et à M. Bouvet, membres de l'A. G. S. D. F., nos vives félicitations.

Examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste. — Une session d'examens, réservée aux candidats visés par le décret du 10 janvier 1919, en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, s'ouvrira à la Faculté le 11 avril 1921.

Les candidats à l'examen de validation de stage devront avoir accompli une année de stage. Les candidats aux examens de fin d'année devront avoir 4, 8 ou 12 inscriptions et accompli les travaux correspondants.

Nominations. — Par décision du Conseil d'administration du 8 mars 1921, M. Michel Renhold a été nommé professeur titulaire de clinique de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris. A la suite des concours que nous avons annoncés, et par décision du Conseil d'administration du 15 février, MM. Albert Debray et Dr Vais ont été nommés chefs de clinique de chirurgie dentaire, et M. Guichard, chef de clinique de prothèse.

Par décision du même jour M. Zimmermann a été nommé démonstrateur honoraire.

Congrès de Rouen (1921). — Le Conseil de l'A. F. A. S. a fixé au 25 juillet l'ouverture du Congrès de Rouen, qui durera jusqu'au 31.

Conférences. — A la demande de la Faculté de médecine de Madrid, M. G. Villain, directeur de l'Enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, est allé faire une série de conférences à l'Ecole d'odontologie de la capitale espagnole.

Ajoutons que notre confrère a été chargé à cette occasion d'une mission par le Gouvernement français.

Cours de Stomatologie. — M. Léon Frey, chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris, a commencé son cours de Stomatologie le mardi 1er mars 1921, à 14 heures (petit amphithéâtre), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Ce cours, plus spécialement réservé aux étudiants en médecine de 5e année, comportera 15 leçons d'une heure et demie. Les cinq séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 1er mars 1921, à 8 heures et demie du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Bonnet-Roy. — A propos des accidents septicémiques et septico-pyohémiques d'origine dentaire ;

2° M. Mendel Joseph. — Foyers infectieux périapexiens et leur retentissement d'ordre général ;

3° M. Devauchelle. — Présentation d'une nouvelle lampe pour projecteur dentaire ;

4° Incidents de la pratique journalière.

***

La Société se réunira le 5 avril à 8 h. 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° Discussion générale sur la question des infections périapicales et leurs rapports avec l'état général des patients ;

2° M. Chenet. — Les accidents de l'incisive latérale supérieure ;

3° M. G. Villain. — Utilisation de l'angle dento-maxillo-facial en prothèse et en orthopédie dentaires ;

4° M. Eilertsen. — Contribution à l'étude de l'ivoire plastique ;

5° Incidents de la pratique journalière.

N. B. — Les membres désireux de participer à la discussion

générale (n° 1) sont priés de prendre connaissance auparavant des travaux de Black, de Chicago (*Odontologie*, janvier 1921), de M. Roy sur les dents infectées (*Odontologie*, février et mars 1921), et de M. Housset sur les foyers infectieux (*Odontologie*, mars 1921).

American Dental Club of Paris. — L'American Dental Club of Paris a tenu sa réunion mensuelle le samedi 5 février 1921, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, en invitant à cette réunion les membres du Groupement de l'Ecole.

L'ordre du jour comportait une conférence du major Gillies, de Queen's Hospital, sur *la restauration maxillo-faciale en temps de guerre et après guerre.*

Cette conférence, illustrée de nombreuses projections, a été des plus instructives et des plus intéressantes.

M. le major Gillies a présenté avec une parfaite bonne grâce, qui a séduit son auditoire, une série de restaurations faciales depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes.

Le principe de ses autoplasties est l'emploi de greffes autogènes.

Le greffon, pris dans certains cas sur le cou et sur le thorax ou sur le flanc, reste relié par un pédicule à sa base d'implantation. Ce pédicule pendant le premier stade est tubulé, c'est-à-dire que ses bords sont suturés l'un à l'autre.

Lorsque la greffe est prise, le pédicule est sectionné à la base et ouvert ; il sert alors à son tour de nouveau greffon.

Les résultats présentés sont véritablement dignes des plus grands éloges et font le plus grand honneur au savoir et à l'habileté technique du major Gillies.

Cercle Odontologique de France. — Les réunions mensuelles du Cercle Odontologique de France, interrompues par la guerre, ont repris le 10 février, à 8 h. 3/4, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, avec l'ordre du jour suivant :

1° Dr Jaworski. — Des réflexes en général et des réflexes dentaires en particulier ;

2° M. de Croës. — Bridges inamovibles en plusieurs pièces, avec présentation de malade ;

3° M. Salmen. — Prothèse chirurgicale crânienne interne à plaque d'argent. Présentation de malade opéré en 1916 ;

4° M. Joyeux. — Présentation d'un appareil donnant automatiquement de l'eau tiède et aromatisée ;

5° M. Hugot. — Du « Tailorisme » en art dentaire ;

6° M. Mussat. — La spécialisation en art dentaire.

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France. — L'assemblée générale du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France a eu lieu à Lille, le 6 février, dans les salons du buffet de la gare ; à l'issue de cette assemblée le Conseil d'Administration s'est réuni et a constitué son bureau comme suit :

Président, L. Joly (Calais) ;

Vice-Présidents, M. Vincent (Dunkerque), F. Cornille (Lille) ;

Secrétaire général, P. Guilbert (Arras) ;

Secrétaire adjoint, E. Chaillou (Dunkerque) ;

Trésorier, M. Lenain (Avesnes) ;

Conseillers : MM. Bauweraerts, Bettmann (Lille) ; Cohen (Valenciennes) ; Crépon (Amiens) ; Drecq (St-Pol) ; Lohier (Lille) ; Rouget (Amiens).

Le siège social du Syndicat est pour 1921 chez le Président, 5, rue de la Tannerie, Calais.

L'Aide confraternelle. — Les souscriptions nouvelles recueillies pendant la fête du Quarantenaire de l'Ecole dentaire de Paris se sont élevées à 26.000 francs.

Les confrères qui n'ont pas encore souscrit ou qui désirent souscrire de nouveau sont priés d'adresser leur souscription au président, M. G. Viau, 109, boulevard Malesherbes, Paris (VIIIe).



Pendant la fête des étudiants de l'École dentaire de Paris, le 27 février dernier, les organisateurs ont eu la délicate pensée de faire une quête pour les 21 orphelins dont l'*Aide confraternelle* s'est chargée. Cette quête a produit 282 francs.

On ne saurait trop remercier les organisateurs d'avoir songé aux enfants de nos confrères tombés au champ d'honneur.

Alb. Debray, *secrétaire.*

Récompenses. — Nous relevons au *Journal officiel* du 19 février 1921, parmi les récompenses honorifiques pour services rendus à la mutualité, accordées par le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, une médaille d'or à notre confrère M. Rollin, membre de l'A. G. S. D. F., *chirurgien-dentiste de plusieurs sociétés de secours mutuels de Paris.*



Par décret en date du 20 janvier 1921, la médaille commémorative française de la grande guerre a été décernée à titre

civil à nos confrères MM. P. Lévêque, membre de l'A. G. S. D. F., et Galand, de Dijon, pour services rendus au cabinet dentaire militaire de l'hôpital mixte de Dijon pendant la durée de la guerre. (Direction du Service de Santé du 8e corps d'armée, Bourges.)

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Fête annuelle des étudiants. — Ainsi que nous l'avons annoncé, la fête annuelle des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le dimanche 27 février.

A 3 heures une représentation théâtrale avait attiré une assistance nombreuse. Le programme comprenait d'abord une partie musicale et humoristique, composée avec goût et dont les exécutants, des amateurs pourtant, n'étaient pas dépourvus de talent. M. de Gerlor, de *La Pie qui chante*, a obtenu son succès habituel avec ses chansons satiriques.

Puis venait la Revue en 2 actes et un prologue, dans laquelle la verve des auteurs s'exerçait, suivant l'usage, aux dépens des membres du corps enseignant. Quelques vers fort bien tournés, des couplets assez heureux et des scènes réussies ont amusé les spectateurs.

Le soir, le bal a été des plus animés et ne s'est terminé qu'à une heure du matin. Le Directeur de l'Ecole y assistait.

Nouveau journal. — Nous avons reçu le premier numéro (février 1921) du *Journal suisse d'Odontologie* (*Schweizerische Zeitschrift für Zahnheilkunde*) publié le 30 de chaque mois à Lucerne chez Keller et Cie, imprimeurs.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Mariage. — Le mariage de Mlle Clélie Issanchou, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Edgard Andrieux, a eu lieu le 24 février.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Naissance. — M. et Mme Henri Villain nous font part de la naissance de leur fils Gilbert (13 mars 1921).

Nous leur adressons nos félicitations.

Aux Indes Néerlandaises. — Le gouvernement des Indes Néerlandaises a décidé la création à Batavia d'une Université et a

d'abord transformé à cet effet l'Ecole de médecine indienne en une Faculté de médecine. Les bâtiments sont prêts. Un grand hôpital de 1.200 lits est en construction. Une Faculté de droit et une Faculté de dentisterie sont en préparation.

L'Université s'ouvrira en septembre 1923.

Association Mutuelle du Corps de Santé de l'Avant. — Sous ce titre vient de se constituer une société de secours mutuels qui a pour but :

1° De venir en aide aux mutilés et réformés de guerre du corps de santé de *complément*, dont la situation est lamentable ;

2° De secourir les veuves, orphelins, ascendants des camarades du corps de santé tués à l'ennemi ou décédés des suites de leurs blessures ou des fatigues subies au cours de la campagne 1914-1918.

Dans un esprit dont la largeur sera appréciée dans tous les milieux, les bénéfices de l'assistance matérielle et morale de l'Association ont été étendus à *tous ceux qui ont soigné sous le feu de l'ennemi des soldats français ou alliés*. C'est dire qu'elle s'adresse autant aux médecins, pharmaciens, *dentistes*, des formations sanitaires de l'avant, qu'aux éléments du S. S. des régiments.

La cotisation annuelle des membres adhérents est de dix francs.

L'Association Mutuelle du Corps de Santé de l'Avant, dont les ressources provenant des membres bienfaiteurs, seront augmentées lors de sa prochaine reconnaissance d'utilité publique, doit grouper autour d'elle des milliers de membres.

C'est pourquoi il faut que cette œuvre soit connue de tous et que les adhésions soient adressées en masse au *Secrétariat général*, 16, *rue de Téhéran, Paris (8°)*.

La cotisation donne droit à un abonnement au *Fanion Médical*.

Cliniques dentaires scolaires

Allemagne. — La création des cliniques dentaires scolaires continue.

Le Conseil municipal de Fribourg-en-Brisgau (Grand Duché de Bade) vient d'en établir une.

Il en est de même de celui de Münich-Pasing.

Autriche. — On signale l'ouverture à Salzbourg (Haute-Autriche), d'une clinique dentaire scolaire.

41e ANNÉE. N° 4. 30 AVRIL 1921 Vol. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PROGNATHISME

Par le Dr L. Dufourmentel,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 5 octobre 1920.*)

A de très rares exceptions près, les cas de prognathisme échappant par leur gravité au traitement orthodontique ou orthognathique sont toujours restés sans traitement [1]. J'ai eu l'occasion d'opérer cinq cas de ce genre et d'obtenir d'excellents résultats. C'est d'eux que je voudrais vous entretenir ce soir.

Je n'entreprendrai pas de vous définir le prognathisme. Il en est sans doute des variétés multiples que, comme dentistes, vous connaissez et vous guérissez mieux que moi. Mais il en est incontestablement une forme rebelle à toute réduction non sanglante et que caractérise très nettement un véritable excès de longueur de la mâchoire inférieure.

Il est rare que dans ces cas on ne constate pas en même temps deux autres caractères :

Une ouverture plus grande que la normale de l'angle mandibulaire.

Une subluxation irréductible des deux condyles.

L'augmentation d'ouverture de l'angle mandibulaire,

1. L'historique de la question et les tentatives chirurgicales antérieures aux observations relatées ici seront consignés dans la thèse du docteur Bureau.

bien que difficilement mesurable, est facilement constatable. Elle contribue à donner au facies du prognathe son expression particulière. Il semble en effet que sa mâchoire soit presque rectilinéairement projetée en avant depuis l'articulation temporo-maxillaire jusqu'au menton.

Le déplacement en avant des condyles augmente cette déformation en déterminant une dépression anormale en avant du tragus et du lobule de l'oreille.

Cette dépression, appréciable à la simple inspection, est plus nette à la palpation. En effet, alors que sur un sujet normal, le doigt sent nettement le condyle au contact même de l'os tympanal, sur le prognathe il le trouve à plus d'un centimètre en avant. Il est donc en état de subluxation permanente et réalise à l'état continu le mouvement de projection de la mâchoire en avant, que chacun peut faire et qui résulte de la contraction synergique des deux ptérygoïdiens externes. Il est à remarquer d'ailleurs que ce mouvement est à peu près irréalisable pour le prognathe puisqu'il est déjà réalisé.

Ces deux caractères sont fréquents, habituels peut-être ; ils ne sont certainement pas constants. Nous les avons vus manquer, en particulier chez la femme.

Lorsqu'ils existent il semblerait que la déformation doive être au moins partiellement corrigée par le simple recul du condyle. Il n'en est cependant rien.

Normalement en effet le condyle bute contre la racine transverse du zygoma. Dans la projection en avant de la mâchoire il chevauche le butoir formé par cette racine et s'abaisse en même temps qu'il s'avance. On le sent alors nettement devenir plus saillant. Chez le prognathe sa situation est la même, mais la racine transverse zygomatique est avancée. C'est donc, au moins partiellement, sur la partie temporo-zygomatique de l'articulation que siègent les lésions. La cavité glénoïde est agrandie d'avant en arrière. Pourtant le condyle paraît moins mobile. Il se meut moins librement ; il ne peut guère s'avancer ni reculer. Quelle en est la raison ?

J'ai cherché sur les cas que j'ai opérés à élucider cette question. Voici les constatations que j'ai pu faire. Elles ne suffisent d'ailleurs pas à me renseigner complètement.

La plus importante est que le condyle est atrophié. Alors que sur ces sujets qui présentent habituellement des caractères rappelant l'acromégalie on s'attendrait à trouver un condyle énorme, on trouve au contraire un condyle nettement plus petit que la normale. D'autre part il est enfoncé dans la cavité glénoïde si bien qu'au-dessous du bord inférieur du temporal on arrive directement sur le col et non sur la partie externe du condyle. Quant à l'explication de ces altérations, il m'a été impossible de les préciser. Pourquoi ce condyle petit ? pourquoi cette impossibilité des mouvements d'anté et de rétropulsion ? Y a-t-il un développement anormal des ptérygoïdiens externes ? une insuffisance de compensation de leur action par suite d'une faiblesse des muscles sus-hyoïdiens ? Je ne sais, j'espère l'apprendre par l'étude attentive des cas à venir.

Heureusement la connaissance exacte du mécanisme du prognathisme ne m'a pas été indispensable pour appliquer un traitement utile. L'essai infructueux des autres méthodes, l'impression de l'opportunité devant les constatations opératoires, le hasard peut-être, m'ont conduit à une opération dont, certes, je n'aurais pas conçu l'idée à priori, mais qui s'est trouvée si efficace que je n'ai pas hésité à la répéter. Cette opération c'est la *résection bilatérale du condyle.*

Que se passe-t-il quand on a extirpé un condyle ? Immédiatement on voit la mâchoire subir un mouvement de recul d'environ 1 centimètre et demi. Comme ce recul est unilatéral, la mâchoire est de travers. Pour obtenir un recul symétrique il faut faire l'opération des deux côtés.

Mais si ce résultat immédiat est intéressant, beaucoup plus important à connaître est le résultat éloigné et définitif donné par cette opération. Eh bien, chose inattendue, il n'en résulte aucun trouble sérieux des fonctions articulaires. Très rapidement les mouvements reprennent leur ampli-

tude et leur puissance. La mastication s'exerce aussi facilement d'abord, puis bientôt mieux qu'avant, grâce au meilleur antagonisme des arcades dentaires.

Il faut donc admettre qu'une nouvelle articulation se reconstitue, que la partie du col qui représente la nouvelle surface articulaire se façonne pour s'adapter à ses nouvelles fonctions. D'ailleurs dans les deux cas où, en même temps que le condyle, j'ai extirpé le ménisque articulaire, le fonctionnement de l'articulation n'en a pas été plus longtemps troublé.

Donc, premier point important, pas d'ankylose à craindre. Mais, par suite de la diminution de longueur de la branche montante résultant de l'amputation du condyle, celle-ci ne va-t-elle pas subir un mouvement d'ascension qui se traduira en définitive par l'impossibilité de joindre les incisives, par une béance des arcades dentaires ?

On peut craindre cet inconvénient dans les deux ou trois premiers jours, mais très rapidement on est tranquillisé. Les rapports normaux ne tardent pas s'assurer dès que les mouvements de mastication peuvent être exécutés.

Je n'entreprendrai pas de vous conter le menu les observations des cinq sujets que j'ai opérés. Vous les trouverez en détail dans la thèse du docteur Bureau qui paraîtra prochainement. Je veux seulement vous dire quelques mots de la technique de l'opération et de ses difficultés. Vous connaissez l'extrême complexité des rapports anatomiques de l'articulation temporo-maxillaire. Les ramifications du nerf facial, la bifurcation carotidienne, les plexus veineux péri-artériels, les ligaments articulaires, les fibres postérieures des muscles temporal et masséter rendent presque impossible l'abord direct du condyle. Pourtant on peut arriver à se frayer vers lui, sans danger, un chemin légèrement détourné.

Pour cela j'ai pratiqué une incision en V à pointe inférieure. La branche verticale, immédiatement située en avant du pavillon de l'oreille, descend jusqu'à la partie saillante du condyle, c'est-à-dire au niveau du tragus. La partie oblique

inclinée à 45° sur la verticale, monte du condyle vers le front, parallèlement aux fibres supérieures du facial et au-dessus d'elles Chaque branche de ce V mesure de trois à quatre centimètres.

Cette incision diffère entièrement de celles qu'avaient employées Farabeuf, Ollier, Delbet lorsqu'ils avaient pratiqué des résections de condyles pour remédier à des ankyloses temporo-maxillaires. Par contre elle se rapproche de celle de Mickulicz.

Grâce à elle, sur un total de 9 résections (4 bilatérales, une unilatérale) nous n'avons pas eu d'accidents du côté du nerf facial. Une fois cependant les mouvements du muscle sourcilier furent supprimés d'un côté. Ils réapparurent très peu de temps après, prouvant par là que les fibres nerveuses avaient été tiraillées, mais nullement sectionnées.

L'incision conduit sur le muscle temporal qu'on incise verticalement dans la même étendue.

C'est à partir du moment où l'on est arrivé sur le plan osseux représenté par la racine postérieure, temporale, de l'arcade zygomatique que le difficile travail de découverte du condyle va commencer.

A la rugine on dégage progressivement le condyle de tous les plans qui le recouvrent. On doit arriver ainsi à mettre à nu sa face externe. Travaillant alors de haut en bas, secondé par un aide qui doit, au moyen d'un écarteur de Farabeuf, récliner vigoureusement en bas et en avant tous les tissus mous au sein desquels cheminent les rameaux supérieurs du facial, on se fraye un chemin jusqu'au col du condyle qu'on doit progressivement libérer et mettre à découvert. Il y a là un véritable travail de force et de patience, mais c'est au prix de ce travail qu'on arrivera sans accident à dégager complètement la région à atteindre.

Quand le col est nettement accessible, on peut le sectionner à la scie de Gigli ou à la pince-gouge. Nous préférons ce dernier moyen tant il est difficile de contourner le col. La pince-gouge fine et longue utilisée pour les évidements pétro-mastoïdiens est l'instrument le plus commode. Par

une série de petites morsures on arrive rapidement à couper complètement le col. Il ne reste alors qu'à extraire le condyle. La manœuvre est facile avec un simple davier droit. Un mouvement de torsion arrache le condyle sans difficulté.

Immédiatement l'articulation devient folle. La mâchoire d'elle-même se recule et par conséquent se dévie du côté opéré. Il ne reste qu'à suturer les vaisseaux toujours

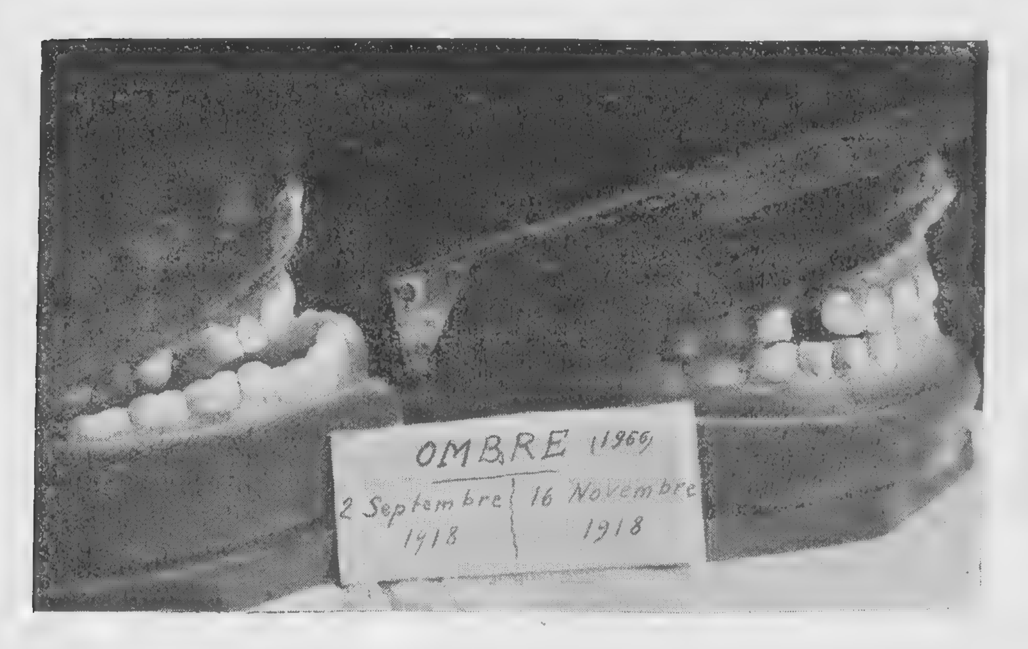


Fig. 1. — Moulage des arcades dentaires du soldat Ombré exécuté par les soins du Dr Frison, avant et après le traitement.

abondants qui ont été coupés, mais dont l'hémorragie s'arrête en général très vite, et à refermer la plaie en assurant un petit drainage à sa partie déclive, drainage qu'on supprime d'ailleurs au bout de 24 heures.

Les suites opératoires sont extrêmement simples. La plaie est en général complètement refermée au bout de 6 jours et la cicatrice restante est insignifiante.

L'opération sur le côté opposé doit être pratiquée dans la même séance.

C'est au prix de cette opération, difficile sans doute, mais sans gravité, sans suites pénibles, sans risques si elle est

faite avec prudence, qu'on peut obtenir une réduction pour ainsi dire instantanée du prognathisme. Je la crois très supérieure aux procédés qui consistent à réséquer de chaque côté un fragment de la branche horizontale. C'est là en effet une opération grave, mutilante, laissant toujours après elle la menace d'une pseudarthrose possible, ayant l'inconvénient de nécessiter une immobilisation rigoureuse des fragments et entraînant toujours la section bilatérale du nerf dentaire inférieur.

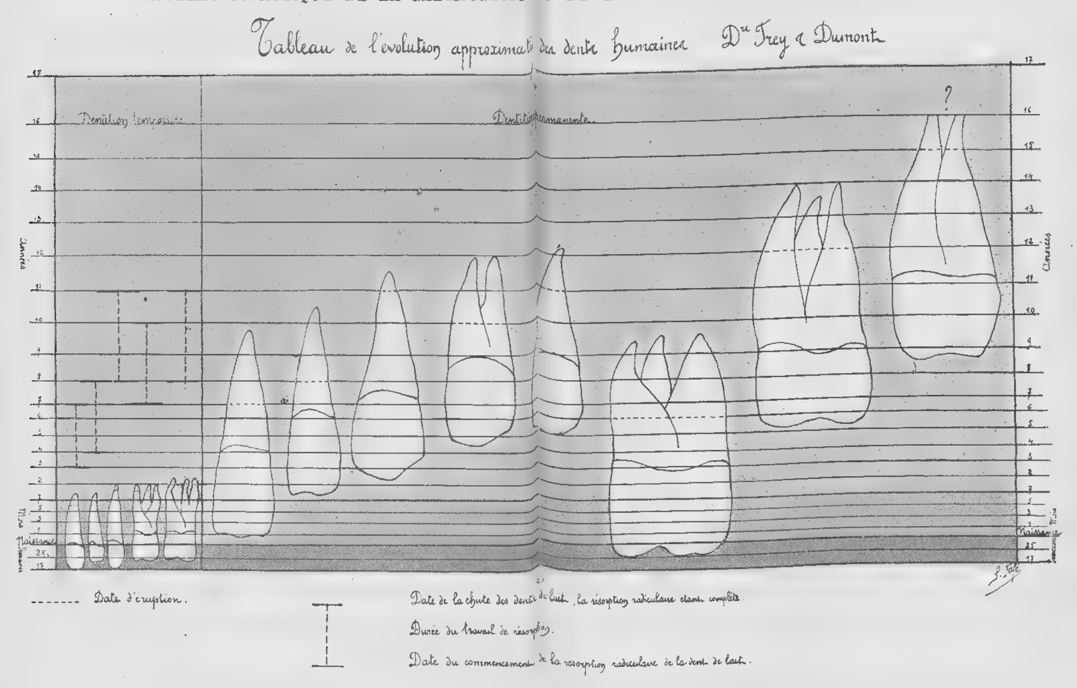


Fig. 2. — Moulage des arcades dentaires du soldat Briard avant et après l'extraction (atelier de prothèse du Dr Frison).

Les cicatrices des incisions sont aussi beaucoup plus apparentes que celles qui ouvrent la voie vers les condyles et qui sont au moins partiellement cachées dans les cheveux.

Les appareils de contention que par prudence nous avons fait porter pendant quelque temps aux opérés et qui ont été exécutés par le Dr Frison et par le Dr Chenet sont de simples appareils-guides destinés à assurer la bonne mise en place pendant 2 ou 3 semaines après l'opération.

TABLEAU DIDACTIQUE DE LA CALCIFICATION ET DE L'ÉVOLUTION DES DENTS HUMAINES



COMMUNICATION AU CONGRÈS DE STRASBOURG, 27 JUILLET 1920.

Par le Dr Léon FREY,
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

Que de fois, au cours de notre clinique journalière, ne nous arrive-t-il pas de faire cette petite opération mentale qui consiste, étant donnée la bouche d'un enfant ou d'un adulte, à nous représenter son évolution dentaire passée, présente et à venir !

Cette opération mentale, nous venons, mon ami Dumont et moi, vous la simplifier, vous l'objectiver par un tableau.

Ce tableau, qui vient après tant d'autres, en particulier ceux de Black, Pierce, Rédier, Capdepont, Robin, doit vous permettre, par un simple coup d'œil, de vous rendre compte d'une FAÇON APPROXIMATIVE, MAIS SUFFISANTE, de l'évolution dentaire au cours des semaines de la vie intra-utérine, au cours des douze premiers mois après la naissance et enfin au cours des dix-sept années suivantes.

Il était particulièrement délicat de représenter sur une même feuille, sans tomber dans le grotesque, le développement d'organes étudiés dans des unités de temps différentes puisqu'il s'agit d'abord de semaines, puis de mois et enfin d'années.

Il nous a fallu nous soumettre aux quatre conventions suivantes que nous vous demandons de vouloir bien agréer :

1° Les dimensions des dents de lait sont très considérablement raccourcies par rapport à celles des dents permanentes ;

2° Une ligne pointillée verticale, à lire de bas en haut, nous indique pour chaque dent de lait la durée de la résorption radiculaire ;

3° Un pointillé horizontal nous marque pour chaque dent la date d'éruption ;

4° Le tableau représente une demi-bouche supérieure, l'autre moitié évoluant à peu près en même temps ; il faut se

rappeler que les dents inférieures sont en avance de deux à trois mois sur les supérieures.

La période intra-utérine appartient à la zone inférieure gris foncé, elle est exprimée en semaines ; la première année après la naissance appartient à la zone moyenne d'un gris plus clair, elle est exprimée en mois ; les années suivantes appartiennent à la zone supérieure gris très clair.

Lisons ce tableau si vous le voulez bien. Prenons par exemple la première molaire de lait supérieure : elle apparaît dans la zone gris foncé vers la vingt-deuxième semaine ; elle est entière dans la zone moyenne ; enfin la zone gris très clair montre son éruption vers un an et demi, sa formation radiculaire complète un peu avant deux ans, le commencement de sa résorption radiculaire à sept ans, la fin de cette résorption à dix ans ; à cette date le pointillé horizontal correspondant nous indique l'éruption de la première prémolaire de remplacement, laquelle première prémolaire n'aura terminé sa formation radiculaire qu'à douze ans.

La même lecture se ferait tout aussi aisément pour toutes les autres dents temporaires ou permanentes.

Quels avantages présente ce tableau sur ceux qui l'ont précédé ? Celui de Black n'est pas un tableau synthétique, il étudie l'évolution de chaque dent en particulier ; celui de Capdepont ne tient pas compte de l'évolution des dents de lait ; celui de Rédier est plus explicite et réalise l'exposé synthétique au moyen d'un certain nombre de lignes ondulées ; malheureusement il est difficile à l'œil de suivre ces ondulations ; celui de Robin est complet, mais il se prête difficilement à une interprétation d'ensemble, de même celui de Pierce.

Ce sont ces insuffisances ou ces inconvénients que nous avons, Dumont et moi, cherché à éviter dans notre tableau. J'ai déjà trois années d'enseignement à la Faculté de médecine de Paris et je puis vous assurer qu'il m'a simplifié maintes fois mes exposés pathogéniques.

Rapidement je vous indique les quatre catégories de circonstances cliniques où il est intéressant et rationnel d'invoquer ce tableau :

I. Dans le traitement des dents de lait ;

II. Dans le traitement des dents permanentes chez les jeunes gens jusqu'à 17-18 ans ;

III. En orthodontie (diagnostic et traitement) ; (*j'attire ici très particulièrement votre attention*) ;

IV. En pathologie générale pour établir, par l'étude des dents, un « dossier sanitaire » selon l'expression de notre regretté Capdepont, c'est-à-dire pour reconnaître un passé pathologique d'après sa répercussion sur les dents.

J'ai devant moi des confrères trop avertis pour que j'aie à insister sur ces quatre points. Personnellement, j'ai toujours sur moi un petit exemplaire de ce tableau et je ne vous cache pas que je le consulte bien souvent pour mes diagnostics et mes traitements.

TECHNOLOGIE MÉTALLURGIQUE

Le contrôle et la récupération des métaux précieux au laboratoire.

Par Ch. BENNEJEANT,

Docteur en médecine, licencié ès sciences, Chirurgien-Dentiste.

(Communication à la Société d'Odontologie, 7 décembre 1920.)

Au laboratoire de prothèse le gaspillage des matériaux devient rapidement onéreux pour peu qu'il y ait de la négligence.

Les métaux précieux doivent être surtout l'objet de notre surveillance. Sans obtenir une comptabilité et un contrôle aussi minutieux que dans les ateliers d'orfèvrerie ou de bijouterie, il me paraît possible de réaliser une certaine approximation dans la balance de leurs entrées et de leurs sorties. Et cela, bien que le laboratoire de prothèse, n'utilisant pas exclusivement les métaux précieux, néglige les récupérations provenant des balayures et de la précipitation par le sulfate de fer des eaux de lavage des mains et des blouses.

En raison des hausses le platine et l'alliage argent-platine ne fréquentent plus guère le laboratoire. Ce sont les alliages d'or qui sont de consommation courante ; ce sont eux surtout que j'envisage. Ils se distribuent après utilisation en :

1° Produits ouvragés (crampons, pivots, crochets, plaques, couronnes, etc.).

2° Déchets.

3° Limailles.

4° Entraînements dans les matières de polissage.

1° La comptabilité des PRODUITS OUVRAGÉS est facile, elle est d'ailleurs indispensable pour l'établissement des prix de revient. Après son achèvement chaque produit ouvragé est pesé et l'ensemble de leurs poids est totalisé à la fin du mois.

Une petite difficulté existe pour les réparations ou les

objets soudés. Elle est facilement tournée par l'emploi de paillons de soudure de poids connu. Pour cela, chaque plaque de soudure est coupée en paillons réguliers. Le poids de la plaque, divisé par le nombre de paillons, donne un chiffre moyen.

2° La comptabilité des DÉCHETS et des limailles est plus délicate. Elle exige la tenue honnête, d'un ou de plusieurs tiroirs à or. Plusieurs tiroirs à or, car il est commode, pour éviter un titrage ultérieur des quantités récupérées, de séparer les déchets et limailles des ors de carats différents. Dans la pratique courante deux tiroirs à or suffisent : l'un pour le 22 carats, l'autre pour le 18 carats.

Les déchets proviennent de deux sources différentes :

a) De la provision du laboratoire.

b) D'appareils hors d'usage ou d'apports provenant de réparations.

Cette dernière catégorie de déchets doit donc être notée en double : côté entrée, côté sortie.

Quelles que soient leurs origines, les déchets sont utilisables presque directement. Il suffit de les trier, de les fondre et de leur redonner une force commerciale.

Le *triage* des déchets dans le tiroir à or est bien simplifié lorsque des ors d'un même carat seulement ont été travaillés au-dessus.

S'il s'y trouve des déchets suspects ou hétéroclites (morceaux de maillechort, bronze d'aluminium, soudures d'or de tous carats) il vaut mieux les laisser aux limailles. Les métaux communs qu'ils renferment pourront être éliminés par le traitement que subiront les limailles, alors qu'ils souilleraient les lingots provenant de déchets. De même les déchets de dimensions trop réduites sont laissés aux limailles.

La *reconnaissance* de l'alliage du déchet est bien connue. On le chauffe au rouge sur un brûleur et, s'il n'est pas noirci par formation d'oxydes, on a soit de l'or pur ou presque (or-argent à faible teneur en argent), soit du platine, soit de l'alliage dentaire, soit de l'argent vierge. Pour les distinguer les uns des autres on va jusqu'à la fusion.

L'argent vierge fond assez rapidement (962°). L'alliage dentaire fond péniblement sur le brûleur (1200°).

Le platine ne fond pas, la flamme du brûleur ne dépassant pas 1200° et le platine fondant à 1710°. L'or par sa coloration ne prête pas à équivoque.

Pour distinguer les alliages d'or ou d'argent ayant noirci à la flamme, des maillechorts et des bronzes d'aluminium, on les chauffe au rouge et on les plonge dans l'acide chlorhydrique.

Si cet essai n'est pas net, on le renouvelle plusieurs fois et on laisse séjourner quelques instants dans l'acide chlorhydrique. Les alliages d'or reprennent leur coloration. Les alliages d'argent blanchissent. Les maillechorts et les bronzes d'aluminium ne tardent pas à prendre un aspect dépoli caractéristique de leur attaque.

Pour distinguer les dépôts galvaniques d'or des alliages d'or, il suffit de mettre à nu le métal intérieur par un coup de grain d'orge avant la reconnaissance.

La *fonte* des déchets se fait sous le borax au chalumeau dans un bloc d'amiante ou mieux dans de petits godets de matière réfractaire confectionnés au laboratoire (plâtre 50, tripoli 50). Les déchets fondus, suivant leur destination, sont coulés dans des lingotières à fil ou à plaques enduites d'une légère couche d'un mélange huile et blanc d'Espagne. Puis avant tout martelage ils sont à nouveau recuits et trempés dans l'alcool à brûler qui leur donne une trempe plus douce que celle de l'eau.

Il existe toujours une différence en moins entre le poids des déchets et le poids du lingot. Cette différence provient des pertes qui se produisent par oxydation du cuivre à la température de fusion. La valeur de ces pertes est excessivement variable et contribue à rendre la comptabilité imprécise.

Si le triage a été rigoureux, le lingot est homogène.

Cependant, il existe toujours un léger degré de ségrégation. A l'intérieur de la masse fondue se fait un enrichissement en métaux communs à points de fusion moins élevés, la

solidification commençant par les bords. De même à l'analyse quantitative la face supérieure du lingot donne un titre légèrement plus élevé que celui de la face inférieure. Cette ségrégation diminue avec de fortes teneurs en argent. Quoi qu'il en soit ces différences sont si petites qu'elles sont négligeables.

Si les déchets provenaient d'ors de titre connu, leur titre est à peu près identique. Au cas contraire, il faut essayer le lingot soit au touchau, soit par voie humide. Au laboratoire de prothèse l'*essayage au touchau* seul est praticable. On frotte le lingot sur une pierre siliceuse dure et noire, nommée pierre de touche. Dans le voisinage de la trace métallique obtenue, on en fait de nouvelles avec des alliages, dont les titres sont connus, montés sur un touchau. On passe sur toutes les traces un bouchon de verre imprégné d'eau régale (acide azotique 98, acide chlorhydrique 2). Le cuivre des traces métalliques se dissout en vert laissant l'or. D'après la comparaison de couleur entre les diverses traces d'ors de titres connus et celle de l'alliage à essayer on arrive à reconnaître le titre au carat près.

Les LIMAILLES doivent être l'objet d'un traitement spécial. Où le temps et la technique font défaut, elles sont expédiées à un fondeur. Ou par économie et pour éviter toute méprise sur leur titre réel on les traite au laboratoire.

C'est ce dernier cas que j'envisage :

a) Par voie humide ;

b) Par voie sèche.

Le TRAITEMENT DES LIMAILLES PAR VOIE HUMIDE permet la séparation de chacun des métaux précieux : or, argent, platine. A mon avis ce mode de traitement n'est avantageux que pour les limailles riches en platine, parce qu'il complique et multiplie les opérations à faire. Voici la meilleure façon de procéder, d'après mon expérience personnelle.

— Calcination préalable des limailles au rouge sombre pour détruire les matières organiques qu'elles peuvent contenir.

— Attaque par l'acide sulfurique concentré et bouillant qui dissout tous les métaux sauf l'or et le platine. L'opération se fait dans une capsule de porcelaine protégée par un grillage métallique de la flamme du brûleur : une douce ébullition est maintenue jusqu'à ce que le dégagement de gaz sulfureux ait pris fin. On laisse refroidir, puis on verse la liqueur sulfurique dans une capsule renfermant une grande quantité d'eau froide. La liqueur ainsi obtenue est filtrée en évitant autant que possible de faire tomber sur le filtre ce qui reste des limailles. Ce reliquat de limailles est bien lavé à l'eau chaude.

Argent. — Dans la liqueur filtrée et réunie aux eaux de lavage on ajoute quelques centimètres cubes d'acide chlorhydrique concentré et porté à l'ébullition. L'argent se précipite à l'état de chlorure, on laisse reposer quelques heures et l'on filtre.

Pour réduire le chlorure d'argent il faut chauffer au rouge sombre :

100 gr. de chlorure d'argent ;
78 gr. de craie ;
5 gr. de charbon de bois pulvérisé.

Il reste dans le creuset du chlorure de calcium, qui part au lavage, et de l'argent métallique.

Platine. — Les limailles non dissoutes restées sur le filtre sont réunies à celles restées dans la capsule et elles sont attaquées à l'eau régale. Après dissolution on évapore à sec, on reprend par l'acide chlorhydrique et l'on évapore de nouveau à sec pour chasser l'acide azotique. On reprend avec un peu d'eau acidulée par quelques gouttes d'acide chlorhydrique. On ajoute un excès d'alcool et une solution concentrée de sel ammoniac. Le platine précipite à l'état de chloroplatinate. Celui-ci filtré, lavé, séché et calciné au rouge blanc pendant trente à quarante minutes donne du platine métallique.

Or. — La liqueur filtrée est bouillie jusqu'à évaporation

complète de l'alcool, puis elle est maintenue à une douce chaleur pendant deux ou trois heures, après addition d'une petite quantité d'acide chlorhydrique concentré et d'une quantité suffisante de sulfate ferreux. L'or précipite sous forme d'une poudre brune, qui, filtrée, lavée et calcinée, peut être fondue directement en présence de borax et de nitrate de potasse[1].

Le traitement des limailles par voie sèche est infiniment plus rapide. Les métaux ne sont pas séparés, mais leur ensemble redevient utilisable. C'est la méthode de choix pour les limailles pauvres en platine.

Plusieurs façons de procéder qui ont chacune des avantages et des inconvénients : 1° l'affinage par le chlore ; 2° la fusion plombeuse suivie de coupellation.

L'affinage par le chlore. *Principe.* — Le chlore forme avec les métaux communs des chlorures, pour la plupart volatils. A chaud la réaction se fait promptement. L'argent et l'or donnent également des chlorures, mais les métaux ayant avec le chlore une plus grande chaleur de formation se forment de préférence. Pour l'or le chlorure se forme à 300° parce qu'à cette température sa tension de dissociation est inférieure à 760 mm. A température plus élevée il se décompose. Il suffit donc de remplacer avant tout refroidissement le courant de chlore par un courant d'air.

Outillage. — La maison Leroux-Peillon, de Lyon, a créé pour notre usage et celui des bijoutiers un matériel spécial permettant l'application de ce procédé.

Il s'agit d'un four cylindrique en matière réfractaire contenant un creuset de plombagine que chauffe un brûleur. Le brûleur est alimenté par un ventilateur, mu par un

1. Le traitement à l'acide sulfurique peut être évité si les limailles renferment peu d'argent. Dans ce cas les limailles sont attaquées directement par l'eau régale. Mais s'il y a beaucoup d'argent ce procédé n'est pas recommandable, car le chlorure d'argent formé par l'attaque à l'eau régale peut enrober des limailles, qui restent inattaquées.

moteur de 1/8 HP, mélangeant le gaz et l'air. Des admissions d'air et de gaz permettent de régler à volonté la flamme et l'allure de la marche. Un tube réfractaire raccordé, par un caoutchouc résistant, à une bouteille de chlore liquide de 1 kilog. permet aisément de faire agir le chlore sur le métal en fusion.

Technique. — Les limailles sont d'abord fondues. On enfonce le tuyau du réfractaire, qui a été auparavant porté au rouge, au fond de la masse en fusion recouverte de borax. On ouvre graduellement l'admission de chlore et l'on laisse barboter une à trois minutes au-dessus de 100 grammes de métal. On brasse avec une mouvette en terre réfractaire. On pousse le feu pendant une dizaine de minutes et l'on coule.

La perte en or est de quelques décigrammes par 500 grammes. Le chlorure d'argent, dont une faible partie est volatilisée, se trouve dans le fondant. Celui-ci est traité à part, pour récupérer l'argent.

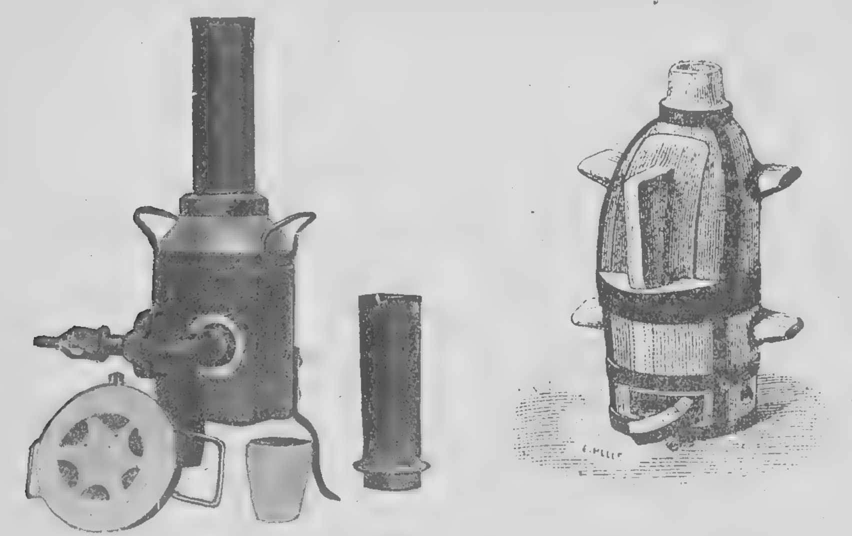
La fusion plombeuse suivie de coupellation.

Principe. — Les alliages contenant des métaux précieux en assez grande quantité donnent avec le plomb des alliages fusibles. Ces alliages fusibles soumis à chaud à une forte oxydation perdent le plomb sous forme de litharge. Les métaux communs (fer, cuivre, nickel, zinc, étain, etc.), contenus dans les alliages, sont oxydés et leurs oxydes entraînés par la litharge qui s'infiltre dans la coupelle poreuse (coupellation). Il reste finalement un lingot de métaux précieux.

Outillage. — Le four établi par la maison Leroux-Peillon peut servir pour ce procédé. La fusion plombeuse se fait dans le creuset et la coupellation dans une coupelle en cendres d'os marque Velter n° 12.

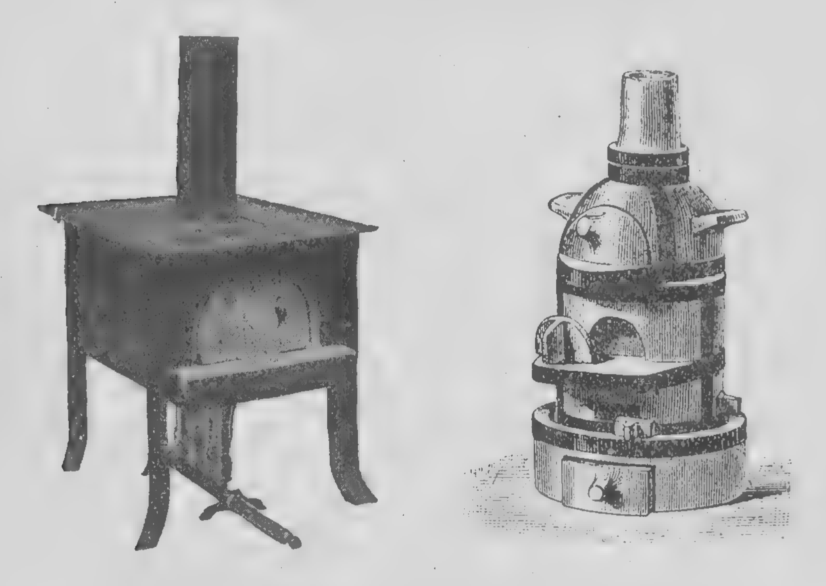
En général, par ce procédé, il faut deux fours, marchant soit au gaz, soit au charbon de bois. Pour la fusion plombeuse, ce sont des fours à creuset (fig. 1). Pour la coupella-

tion, des fours à sole (fig. 2), dans lesquels on introduit des coupelles en cendres d'os de dimensions appropriées.



Four à gaz de Méker. Four à charbon.

Fig. 1. — Fours pour fusion plombeuse.



Four à gaz de Méker. Four à charbon.

Fig. 2. — Fours à moufle pour coupellation.

Technique. — Fusion plombeuse. Je dois à l'obligeance et à l'expérience de M. Gauthier, professeur à la

Faculté des sciences de Clermont-Ferrand, une formule impeccable du mélange des fondants nécessaires à cette opération.

Pour un creuset n° 12 :

Limailles.	50 gr.
Bicarbonate de soude.	60 »
Litharge.	50 »
Borax.	30 »
Azotate de potasse	15 »
Charbon de bois.	10 »

Auparavant, le tout est réduit en poudre et mélangé intimement. Il subit une fusion assez tumultueuse, et, perdant progressivement de l'eau provenant des fondants, il arrive à la fusion tranquille. On ajoute alors en deux fois 50 à 60 grammes d'un mélange:

Litharge	100 gr.
Charbon de bois pulvérisé. . .	10 »

Ce mélange, roulé dans du papier de soie à la façon des pois fulminants, est introduit dans le creuset par petits paquets à intervalle de 5 à 10 minutes à l'aide d'une pince. On chauffe encore fortement jusqu'à fusion tranquille et l'on donne un coup de feu pendant 10 minutes environ. On enlève le culot de plomb qui s'est formé par réduction de la litharge et qui contient tous les métaux que renfermaient les limailles ou les poncés. Ce procédé est surtout applicable à ces derniers, en raison de la pluie de plomb qui se fait dans le creuset et qui collecte les plus fines particules de métaux précieux.

La coupellation. — Le culot de plomb est ensuite placé dans la coupelle portée au rouge. Il se forme à la surface du bouton métallique une pellicule mobile se renouvelant au fur et à mesure de son infiltration dans la coupelle. Lorsque l'oxydation du plomb et des métaux communs tire à sa fin, la pellicule s'amincit et s'irise. Puis elle se déchire, laissant apparaître le métal brillant. C'est le phénomène

de l'éclair. On rapproche la coupelle de la porte du four et on laisse refroidir lentement pour éviter le rochage si la teneur en argent est élevée. Après refroidissement on détache les boutons métalliques de leurs coupelles et l'on pèse. La coupellation dure deux à trois heures.

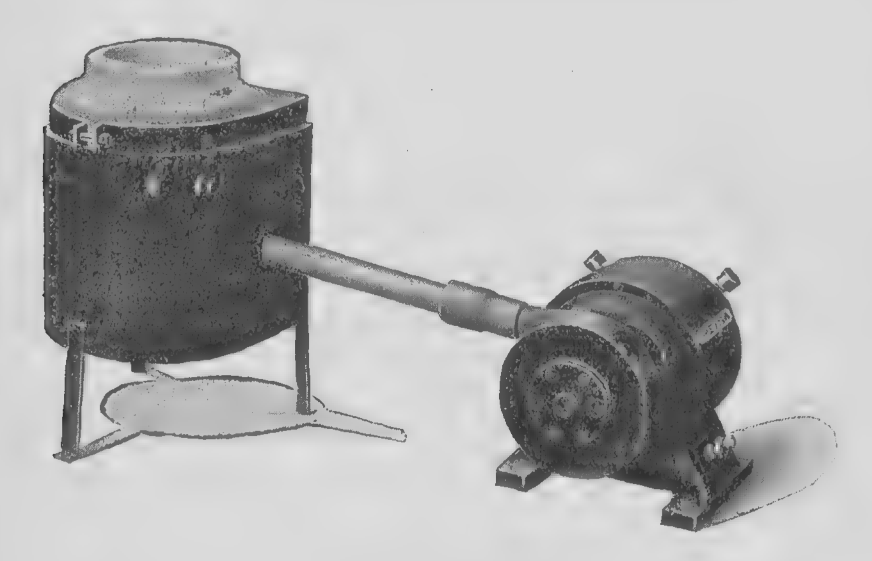


Fig. 3. — Four Leroux.

Le rendement des limailles propres varie généralement entre 60 et 70 o/o.

Les entrainements dans les matières de polissage finissent à la longue par avoir une certaine importance. Ils semblent dépendre :

a) De la dureté minéralogique de la matière de polissage.

b) De la dureté des alliages à polir.

c) Du temps de polissage.

d) De la grandeur de la surface à polir.

De moyennes portant sur les poids de travaux divers (pièces, dents à pivot, couronnes, etc.). J'ai noté que les pertes en poids étaient de 3 o/o pour les alliages or-argent-cuivre, de 2.6 o/o pour les alliages or-cuivre à 22 carats. Ces pertes se répartissent dans toutes les matières de polissage, mais la majeure partie reste dans la ponce.

Le traitement par voie sèche débutant par une fusion plombeuse est seul applicable aux poncés.

Dans chaque laboratoire un traitement annuel peut fixer sur la valeur des entraînements dans les matières de polissage. La teneur des poncés est donc très variable, mais dépend surtout de la quantité de métal travaillé au laboratoire.

De cet exposé il résulte que :

1° Le contrôle exact des métaux précieux utilisés au laboratoire est impossible, un contrôle approximatif seul est réalisable.

2° Le traitement des limailles et des poncés peut être avantageusement réalisé au laboratoire de prothèse par affinage au chlore ou fusion plombeuse suivie de coupellation.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE

Par M. CHARRON (de Montréal).

(Communication au Congrès de Strasbourg, 27 juillet 1920.)

RÉSUMÉ.

Quand on injecte une solution anesthésique dans le voisinage d'un faisceau nerveux de moyenne grosseur, elle pénètre par l'enveloppe nerveuse dans la substance nerveuse centrale, restreignant sa fonction et anesthésiant la surface périphérique tout entière desservie par le nerf injecté. En raison de la suppression de conductibilité de ce faisceau, les irritations sensorielles qui se produisent à l'extrémité de ces filaments ne sont plus perçues par l'organe central.

« Le système sensitif d'un nerf conducteur est extrêmement susceptible d'anesthésie par l'injection de l'enveloppe nerveuse, et leur branche terminale est inondée d'une solution anesthésique ; l'anesthésie régionale ou par conductibilité, d'un autre côté, est plus difficile, se produit plus lentement et exige une quantité plus considérable et une plus haute concentration de solution anesthésique, suivant qu'elle est donnée à un point plus éloigné du point terminus de la distribution nerveuse, c'est-à-dire plus elle se rapproche de la colonne vertébrale. »

Cette affirmation est pleinement confirmée par l'expérience pratique de l'anesthésie des mâchoires. Les terminaisons nerveuses du périoste péricémentaire sont anesthésiées de la manière la plus directe et la plus commode, souvent en moins de 5 minutes par l'anesthésie muqueuse. L'anesthésie par injection à la tubérosité du maxillaire supérieur, qui représente une forme modifiée de l'anesthésie régionale, se produit avec une rapidité presque aussi grande, soit en 10 minutes. L'anesthésie régionale du maxillaire inférieur exige un plus long laps de temps, soit 20 minutes, parce que le nerf dentaire inférieur de forte dimension doit être atteint et pénétré par l'anesthésique.

Pour les fins que nous voulons atteindre, les méthodes suivantes d'anesthésie régionale sont les plus pratiques :

1° Pour le maxillaire supérieur, *a*) injection à la tubérosité maxillaire ; *b*) en certains cas, injection sous-orbitaire et à l'ouverture palatine postérieure ;

2° Pour le maxillaire inférieur, injection à l'orifice du canal dentaire inférieur ou au trou mentonnier (Suit une description anatomique).

TECHNIQUE DE L'INJECTION.

a) L'injection est pratiquée dans la partie inférieure de la tubérosité du maxillaire par l'infiltration de la mince paroi antérieure et des filaments nerveux qui la traversent.

On palpe dans la bouche à demi ouverte l'arcade zygomatique, on fixe avec l'index son bord proéminent, on tire la lèvre vers le haut et la longue aiguille de 17 centimètres, fixée à la seringue munie d'une garde, est introduite assez haut en direction du repli de la membrane muqueuse, à angle aigu par rapport à la surface osseuse. L'aiguille est alors avancée avec une légère inclinaison postéro-supérieure en tenant la seringue éloignée du maxillaire, mais en tenant l'aiguille aussi près que possible de la tubérosité légèrement convexe. Dès que l'aiguille, qui a une longueur de 42 mm., a été insérée dans la muqueuse, on expulse environ 2 c.c. de la solution, tout en avançant l'aiguille dans les tissus jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans toute sa longueur.

On fait dans le palais une injection de la muqueuse par le trou palatin postérieur en moins de 10 minutes, de façon générale ; on obtient ainsi l'anesthésie complète des trois molaires supérieures.

b) Le bord inférieur de l'orbite au-dessous duquel l'orifice antérieur du trou sous-orbitaire est situé, est palpé avec le doigt, et le tissu tendu au-dessus de ce trou est comprimé avec le pouce de la main gauche pendant qu'on tire simultanément en écartant la langue avec le majeur. On

trouve le trou sous-orbitaire à 5 centimètres au-dessous du bord inférieur de l'orbite et presque exactement au-dessus de la première molaire. L'aiguille est insérée au repli de la membrane muqueuse un peu en arrière de l'extrémité de la racine de la canine, et près des muscles labiaux en s'écartant quelque peu du maxillaire, puis en l'avançant, en l'inclinant un peu. Aussitôt que la longue aiguille de 17 centimètres, qui est munie de la garde, est sentie par le doigt compresseur, on injecte de 0.5 à 1 cc. de la solution. Après l'injection le massage peut être employé avec avantage.

2° Dans la bouche largement ouverte, les plis muqueux, qui ont une importance capitale pour la réussite de l'injection, ne sont pas toujours reconnus au premier coup d'œil. En avant des amygdales, on distingue un pli très nettement marqué : le pli antérieur du gosier descendant du palais mou. De côté et en avant on voit un autre pli cheminant en direction de l'arcade dentaire. En commençant du côté lingual interne on peut palper la *ligne intérieure oblique*, puis *la ligne extérieure oblique* ; on fixe alors le bout du doigt, d'abord dans la suture osseuse qui existe entre ces deux lignes, après quoi apparaît une dépression ou un petit canal dans la membrane muqueuse. Cela correspond au triangle rétromolaire.

On prie le patient de tenir la tête droite et d'ouvrir la bouche grande ; avec l'index de la main gauche ou de la main libre on palpe le bord antérieur de l'angle ou de la base de la branche montante. On sent à cet endroit des extrémités osseuses très nettement : l'une antéro-externe, la *ligne oblique externe* ; l'autre postéro-interne, la *ligne oblique interne*. Entre ces deux lignes, à la base de la branche montante, se trouve situé un sillon peu profond, que Nogué a appelé avec raison la *fosse rétromolaire* (gouttière mylo-hyoïdienne) dans laquelle le doigt palpateur enfonce légèrement. Au-dessus de cette gouttière il se produit une dépression de la membrane maxillaire qui forme une espèce de triangle, le triangle rétromolaire. La ligne oblique

interne est fixée avec l'ongle du doigt et l'aiguille insérée près de l'angle, dans la muqueuse, mais pas immédiatement sur le bord de l'os. On avance alors l'aiguille horizontalement et postérieurement le long de la face interne de la branche montante, du côté à anesthésier, tandis que le corps de la seringue repose sur le point de contact entre la canine et la prémolaire, du côté opposé, jusqu'à ce que l'aiguille ait disparu.

L'aiguille ne doit pas être introduite dans le tissu à une profondeur dépassant 1 cent. 5 à 2 centimètres, de crainte d'aller trop au delà de l'orifice du canal et de manquer le point de dépôt de la solution. Munir la seringue de la garde et de l'aguille de 17 centimètres, afin que 3 à 5 mm. de l'aiguille restent visibles en dehors de la muqueuse. Il n'est guère à craindre alors de manquer le point d'injection. *La ligne oblique interne*, importante sous ce rapport, varie beaucoup suivant les individus et est quelquefois si développée qu'elle suscite des difficultés lors de l'introduction de l'aiguille. En ce cas insérer l'aiguille un peu plus près du côté lingual, le corps de la seringue reposant sur le point de contact entre la première et la deuxième prémolaire ou même plus en arrière jusqu'à ce qu'on franchisse cette région osseuse et qu'on atteigne la face interne de la branche montante. Pendant que l'aiguille avance, on expulse lentement une partie de la solution et quand on a atteint la proportion voulue on retire doucement la seringue en arrière, puis on l'avance de nouveau, répétant ce mouvement plusieurs fois afin de distribuer la solution également.

Insertion de l'aiguille. — Le point d'insertion est choisi de façon que l'aiguille pénètre dans le triangle de la muqueuse à une profondeur d'environ 1 cm. au-dessus du niveau de la surface de mastication des molaires. Chez les enfants et les sujets jeunes, l'insérer un peu plus en arrière et un peu plus bas ; chez les vieillards un peu plus haut.

Difficultés. — La technique présente certaines difficultés

qu'on peut cependant surmonter facilement avec quelque pratique.

Manœuvre de l'aiguille. — L'aiguille est d'abord insérée jusqu'à l'os sans perforer le périoste. On acquiert vite un certain doigté qui permet de savoir si l'on avance l'aiguille dans la direction convenable, et non dans la direction du pharynx, mais assez près de l'os. Si, dans le cas d'un angle aigu de l'os, on sent que le périoste offre une certaine résistance, si légère soit-elle, ne pas avancer plus loin, retirer l'aiguille avec précaution et, après avoir légèrement modifié la direction dans le sens du pharynx, tenter de l'avancer de nouveau.

Injection de la solution. — Expulser lentement et avec soin la solution, en commençant immédiatement après l'insertion de l'aiguille afin d'anesthésier simultanément le nerf lingual. Déposer le gros de la solution dans l'espace mandibulo-ptérygoïdien.

On injecte ordinairement 2 cc. à 1 1/2 0/0 d'une solution de novocaïne ou de suprarénine ; mais on peut sans danger aller jusqu'au double de cette dose, toujours au même pourcentage.

Effet de l'injection. — Trois minutes environ après l'injection le patient éprouve à la lèvre et à la langue du côté injecté une légère démangeaison, indiquant invariablement que l'injection a été correctement pratiquée. Cette sensation augmente graduellement, se transformant en un engourdissement de la moitié entière de la mâchoire, de sorte que la lèvre anesthésiée ne sent plus le contact du verre. Le patient éprouve aussi une sensation de chaleur dans toute la surface anesthésiée.

Pas de difficulté dans la déglutition ni d'ankylose si la technique a été correctement observée. En tout cas les symptômes ci-dessus durent une heure environ et disparaissent peu à peu. Au bout de 3 heures environ la situation est redevenue normale.

Précautions : 1° La solution anesthésique doit être à la température du corps et être expulsée lentement avec une pression modérée ;

2° Avancer et retirer lentement la seringue pendant l'émission de la solution ;

3° Diriger l'ouverture de l'aiguille et injecter la solution dans la direction de la ramification nerveuse pour avoir de meilleurs résultats ;

4° Donner à la solution anesthésique le temps de produire son effet ;

5° Employer des aiguilles de platine fortement iridié, d'une longueur et d'un diamètre suffisants ;

6° Employer des accessoires soigneusement choisis ;

7° Empêcher l'aiguille de pénétrer dans les tissus musculaires et le périoste ;

8° S'assurer que l'anesthésie est complète avant d'opérer ;

9° Employer un véhicule isotonique (de même densité que le sang) composé d'eau stérilisée et des constitutifs de Ringer avec une quantité connue de novocaïne ou autre médicant et d'un vaso-constricteur ;

10° Oberver une antisepsie rigoureuse ;

11° Surveiller attentivement les pulsations et la respiration du patient, l'apparition de tout symptôme pathologique pendant et après l'injection d'une partie quelconque de la solution ;

12° S'assurer du concours du patient.

Douleur post-opératoire. — S'il y a douleur post-opératoire ou des complications éventuelles, elles sont imputables :

1° A une solution qui n'est pas isotonique avec le sang ;

2° A une injection trop rapide ;

3° A une solution dont la température n'est pas voisine de celle du sang ;

4° A une solution préparée à l'avance ou qui s'est détériorée ;

5° A une solution qui n'est pas stérile ;

6° A l'opération elle-même, si elle n'a pas été faite suivant les règles.

Réussite de l'opération. — Le succès de l'anesthésie régionale dépend pour une large part de l'adresse de l'opérateur.

Avantages de l'anesthésie régionale :

1° Les injections d'anesthésie régionale sont indolores quand elles sont faites adroitement ;

2° Une ou deux insertions de l'aiguille suffisent à isoler la région opératoire, selon la nature de l'opération et la surface à isoler ;

3° La durée de l'anesthésie peut être variée en altérant la quantité de l'agent et prolongée pour les opérations qui exigent un certain temps, telles que l'extraction des 3es molaires incluses, la réduction des fractures, etc. ;

4° On peut anesthésier de grandes ou de petites surfaces suivant la ramification que l'on intercepte.

TRAITEMENT DES DENTS PAR LA MÉTHODE ÉLECTROLYTIQUE

Par Ch. Guébel,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 27 juillet 1920.)

Résumé.

1° *Définition.* — Le traitement électrolytique, l'électro stérilisateur, l'ionisation sont les termes qui s'appliquent à la méthode par laquelle des médicaments sont introduits dans les parties sous cutanées au moyen du courant électrique.

2° *Ionisation.* — Les solutions moléculaires sont « non électrolytiques » parce qu'elles ne sont pas conductrices d'électricité.

Le phénomène par lequel les molécules se dissocient en leurs particules est nommé « dissociation électrolytique » parce que les molécules contiennent de l'électricité : une charge positive et une négative par molécule ou multiple de molécules. Les ions sont ces particules chargées d'électricité qui conduisent le courant électrique et se meuvent avec lui.

Le fait que les ions se trouvent chargés d'électricité sans avoir été mis en contact avec un courant électrique s'explique ainsi : les ions représentent une somme d'énergie chimique différente de la forme atomique qu'ils possédaient à l'état de molécules non transformées. Cette différence d'énergie représente l'équivalence de la quantité d'électricité qui pourrait être extraite de cette opération.

3° *Electrolyse.* — Le courant électrique a la propriété de décomposer certaines substances telles que le chlorure de zinc. Cette décomposition par l'électricité s'appelle *l'électrolyse.*

Si nous séparons les ions de zinc et chlore dissociés de leur charge d'électricité nous obtiendrons du zinc métallique et du chlore à l'état libre.

C'est précisément là l'action du courant électrique : il neutralise les charges d'électricité contenues dans les ions par sa propre composition positive et négative. Cette neutralisation s'effectue à la surface des électrodes ; seuls, les ions qui se trouvent en réel contact avec les électrodes seront déchargés d'électricité. Dès que les ions seront déchargés de l'électricité qu'ils contiennent, d'autres chargés d'électricité prennent la place des premiers sur les électrodes pour y être à leur tour déchargés.

Il se produit alors un mouvement continu de tous les ions compris entre l'électrode positive et l'électrode négative. Il est donc évident que le traitement électrolytique doit convenir pour atteindre les organes intéressés. Les ions de zinc étant repoussés de l'électrode positive et attirés par l'électrode négative pénètrent dans les tissus.

Or les propriétés antiseptiques des ions de zinc sont bien connues.

Technique. — La médication électrolytique convient tout particulièrement au traitement des dents infectées, à la stérilisation des canaux après pulpectomie, au traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Afin de faire passer le courant électrique pour la production d'« Ionisation », il faut disposer d'un courant continu. Nous fermerons le circuit dans le corps humain par l'application de deux électrodes.

L'électrode positive peut être en zinc, en cuivre ou en platine iridié, mais il est préférable d'employer une électrode de même métal que celui contenu dans la solution dont on se sert, car si la solution se trouve épuisée pendant le traitement, les ions continueront à pénétrer dans les tissus grâce à la décomposition de l'électrode. On la place dans le canal de la dent à traiter.

L'électrode négative est fixée à la joue du patient.

Traitement des canaux. — Le canal de la racine à traiter doit être nettoyé mécaniquement et élargi suffisamment pour pouvoir recevoir l'électrode positive. Le canal doit être parfaitement séché et le traitement fait en utilisant la digue.

On introduit l'électrode positive entourée d'un peu de ouate imbibée de chlorure de zinc dans le canal.

On fait passer le courant et l'on diminue la résistance jusqu'à ce que le patient vous signale une légère douleur ; à ce moment augmente légèrement la résistance.

Le point critique étant ainsi trouvé, laisser passer le courant pendant une dizaine de minutes.

Puis enlever les électrodes après avoir coupé le courant pour éviter au patient les chocs électriques, bien sécher pour ne pas laisser de chlorure de zinc dans la dent et obturer provisoirement. En général une ou deux applications sont suffisantes. Dans le cas d'abcès on aura soin de faire dépasser légèrement l'apex à l'électrode positive qui se trouvera ainsi en contact avec les tissus abcédés.

Dans le cas de pyorrhée alvéolaire après un minutieux nettoyage et curettage des calculs sériqués on obtiendra par ionisation une désinfection complète de tous les culs-de-sac. L'électrode positive sera descendue dans ces clapiers après avoir été entourée de ouate imbibée de chlorure de zinc.

Voici pour terminer l'opinion du Dr Sturridge : « Les avantages de ce traitement en chirurgie dentaire sont nombreux. L'application en est aisée, le traitement n'est pas douloureux, il donne de bons résultats et est inoffensif. Les effets thérapeutiques des ions sur les tissus buccaux sont d'une telle importance que cette méthode devrait remplacer la méthode actuelle dans la presque totalité des cas d'infection ».

REVUE ANALYTIQUE

André Feil. — ***La carie précoce des incisives supérieures. Syndrome de Dubreuil-Chambardel.***

Qu'est-ce d'abord que ce syndrome ? Chez des adolescents de l'un et l'autre sexe, entre 14 et 20 ans, on voit apparaître, à la mâchoire supérieure, une carie qui atteint simultanément les quatre incisives. Cette carie est primitivement localisée aux dents incisives supérieures, c'est là le point essentiel, tout le reste de la denture demeurant parfaitement sain ; mais secondairement, d'autres caries peuvent survenir. Cette carie est sèche ; elle se développe assez rapidement pour aboutir dans un délai qui ne dépasse pas ordinairement 4 ou 5 ans, à la nécrose et à la destruction de ce groupe des incisives.

D'une façon générale, ces dents ne présentent aucun vice de développement, mais très fréquemment, dans 80 o/o des cas, les sujets atteints de ces caries ont une disposition ogivale accentuée de la voûte palatine et, dans quelques cas même, une ébauche de bec-de-lièvre. Cette proportion est relativement énorme, et il est facile de prévoir que cette disposition joue un rôle prépondérant dans la genèse de la carie dentaire.

Quelle est la pathogénie de cette affection ? Les recherches de Dubreuil-Chambardel ont mis en évidence, chez les sujets atteints de carie précoce et simultanée des incisives supérieures, deux faits qui semblent devoir expliquer cette pathogénie :

1° La persistance de l'os incisif comme os distinct.

2° Persistance chez l'adulte d'un type artériel infantile.

On comprendra aisément que la persistance en os distinct de l'os incisif produit un lieu de moindre résistance et crée une prédisposition à l'affection dentaire ; il en est de même d'une vascularisation anormale et déficiente de cet os.

La carie des incisives supérieures, indubitablement liée à une anomalie d'évolution vient ainsi confirmer la loi des prédispositions morbides énoncée par le professeur Ledouble, de Tours : « Les organes anormaux sont prédisposés davantage aux maladies et aux dégénérescences que les organes normaux ».

Cette étude est intéressante, mais devant la grande fréquence des caries des incisives supérieures chez des sujets ne présentant ni l'apparence, ni la netteté de ces anomalies, il est permis de se demander si l'on se trouve bien en face de la véritable étiologie et pathogénie de cette affection. (*Progrès Médical*, 28 août 1920.)

Moure et Soupault. — ***Lithiase sous-maxillaire.***

Les auteurs présentent une glande sous-maxillaire dont on a fait l'ablation pour des accidents de lithiase salivaire. Dans la lumière d'un canicule dilaté, on voit un petit calcul ramifié à l'extrémité duquel

émerge un petit corps étranger qui ressemble à un poil de brosse à dents. Ce corps étranger, à la faveur d'une infection légère, a été probablement l'origine de cette lithiase. Le diagnostic avait été confirmé par la radiographie.

(*Société anatomique de Paris*, 23 novembre 1920.)

GAVELLO. — ***La fonction respiratoire du sinus maxillaire.***

L'air contenu dans le sinus maxillaire prend-il une part directe à la respiration ? L'auteur ayant eu l'occasion, pendant la campagne, de soigner un militaire dont le sinus se trouvait, à la suite d'une opération, communiquer directement avec l'extérieur, a pu étudier ainsi les variations de pression de l'air intra-sinusien pendant la respiration, la phonation et la déglutition et répondre affirmativement à cette question.

Ce travail a été fait à l'aide de graphiques.

Les expériences ont nettement montré que la pression de l'air dans le sinus subit des variations constantes en rapport avec les divers actes de la respiration.

La pression est très nettement modifiée par les mouvements de déglutition, tandis que la phonation ne semble avoir sur elle qu'une influence faible. D'une façon générale on peut dire que la pression diminue pendant l'inspiration et augmente pendant l'expiration.

(*Journal de l'Académie de Médecine (Turin)*, sept. à déc. 1919).

FARGIN-FAYOLLE. — ***Définition de la carie dentaire.***

Il est impossible de n'être pas frappé lorsqu'on étudie les sciences médicales par la transformation rapide du sens des termes utilisés. Ceux-ci perdent peu à peu leur valeur propre. Chacun les critique et chacun cependant continue de les utiliser dans l'impossibilité soit de leur substituer des dénominations meilleures, soit surtout d'imposer l'usage de nouvelles. Le langage stomatologique est ainsi encombré de termes de ce genre : érosion, pyorrhée alvéolaire, périostite, carie dentaire.

Une définition médicale vraiment scientifique devrait préciser suffisamment les caractères essentiels de l'affection, du syndrome, de la lésion à définir, pour permettre de les distinguer d'affections, de syndromes, de lésions présentant certains caractères identiques ou analogues. L'auteur commente ensuite les différentes définitions de la carie dentaire adoptées antérieurement par Tomes, Magitot, Cruet, Redier, Frey et Lemerle, Herpin ; il les trouve toutes insuffisamment précises parce qu'elles n'éliminent pas nettement un certain nombre d'affections aboutissant à la désintégration plus ou moins complète des dents.

Il n'admet pas davantage la définition de Dieulafé et Herpin pour lesquels la carie est l'inflammation des dents. Les auteurs n'envisagent plus la carie comme une affection des seuls tissus durs de la dent, mais comme intéressant tous les tissus dentaires, pulpe com-

prise. Il en résulte qu'ils considèrent comme un processus de défense les modifications qui se produisent dans la dentine au cours de l'évolution de l'affection et les assimilent à ce point de vue aux réactions pulpaires. M. Fargin-Fayolle ne voit pas l'avantage d'étendre ainsi le sens du terme carie dentaire et croit plus justifié d'en restreindre la compréhension aux tissus durs ; car, au contraire de l'opinion classique, il ne considère certaines lésions de l'ivoire dans la carie ni comme des réactions de défense, ni comme le résultat de l'inflammation d'un tissu à trame organisée. L'auteur propose donc la définition suivante de la carie dentaire en formulant le vœu que des études nouvelles sur l'étiologie, la pathogénie et l'histologie de cette affection, permettent de la remplacer par une autre plus précise :

« La carie dentaire est une affection des tissus durs de la dent. Elle est caractérisée par la formation de cavité s'étendant progressivement de la périphérie vers la chambre pulpaire, par l'irrégularité de la localisation primitive de ces cavités, par la forme atypique de celle-ci et par la désintégration plus ou moins complète et plus ou moins rapide de la dent à laquelle elle aboutit ».

(*Revue de Stomatologie*, mars 1920.)

Ollivier. — ***Résection du nerf auriculo-temporal pour fistule de la parotide.***

L'auteur a eu l'occasion de pratiquer trois fois la résection du nerf auriculo-temporal pour fistule de la parotide. La simplicité de l'opération et les suites favorables l'ont engagé à publier ses observations qui sont très intéressantes. Ces fistules sont une véritable infirmité et les porteurs désirent toujours vivement en être débarrassés. Une opération simple, sans danger, faite à l'anesthésie locale, a donné à l'auteur, trois fois, un résultat complet, les modifications de sécrétion apparaissant quelques heures après l'opération. Une dizaine de jours après l'opération tout écoulement est tari.

L'opération est facile, mais pour qu'elle donne les résultats que l'on est en droit d'en attendre, il faut qu'elle soit suffisante, c'est-à-dire que la résection du nerf soit assez étendue pour atteindre l'émergence des filets parotidiens. Ceux-ci abandonnent le tronc du nerf en arrière et un peu en dedans du col du condyle ; il faudra donc pousser la dissection assez profondément. A chaque opération M. Ollivier, arrivé à ce niveau, a saisi le nerf avec une pince et l'a arraché en l'enroulant doucement sur la pince. La recherche du nerf peut être sans doute assez souvent difficile, son volume étant celui d'un gros fil, mais on trouve toujours une branche qui conduit presqu'au tronc principal.

(*Lyon Médical*, mars 1919.)

Bréchot. — ***Note sur la valeur comparée de la chloroformisation et de l'éthérisation.***

L'auteur étudie et compare, à l'aide de la méthode graphique, l'action du chloroforme et de l'éther, le pouls étant enregistré avec le

sphygmographe Marey, la respiration avec le pneumographe, la tension artérielle avec l'appareil Pachon.

De cette étude on peut conclure que le chloroforme a une action manifestement et rapidement dépressive. Le pouls est toujours ralenti de 13 pulsations environ ; l'amplitude est moins grande. La ligne ascendante de la systole est moins droite, moins haute ; le plateau systolique disparaît lorsqu'il existe ; la ligne descendante de la systole et celle de la diastole se continuent insensiblement, le décrotisme disparaissant ou s'atténuant.

La tension artérielle maxima baisse en moyenne de 2°4, alors que la minima baisse, elle aussi de 1°3, et que la pression différentielle est diminuée de 1°7.

Le nombre des mouvements respiratoires augmente en moyenne de 12, mais l'amplitude des tracés est diminuée.

L'éther, par contre, a une action nettement excitante.

La fréquence du pouls et l'amplitude sont augmentés. La ligne d'ascension de la systole est plus haute et plus droite. Le plateau systolique qui fait suite s'accentue lorsqu'il existe ou tend à apparaître lorsqu'il manque.

La tension maxima s'élève de 4°4 ; la tension minima de 1°1 dans presque la moitié des cas ; dans les autres cas elle augmente dès le début de l'anesthésie pour revenir rapidement à son taux primitif.

La pression différentielle s'élève de 3°3 et l'amplitude des oscillations de 3° en moyenne. La fréquence et l'amplitude de la respiration sont très augmentées. (*Société de Biologie*, 22 mars 1919.)

WEATHEY. — *Le sucre et les dents.*

Le Dr Weathey, inspecteur médical scolaire du Shropshire, présente le résultat d'investigations dans les écoles élémentaires de ce Comité montrant que la restriction de la quantité de sucre pendant la guerre, le changement de composition du pain et la consommation réduite du lait ont été accompagnés d'une notable diminution des caries dentaires. *(London Times.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 5 octobre 1920.

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 h. du soir.

I. — CORRESPONDANCE. PROCÈS-VERBAL.

Le secrétaire général fait part des excuses de M. Quintin, de Bruxelles, et de M. Pailliottin.

Les procès-verbaux des séances de février et mars, publiés dans *L'Odontologie* de juillet et d'août, sont mis aux voix et adoptés.

II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

Le Président donne lecture de l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs, mes chers confrères,

Appelé par vos suffrages à présider nos réunions scientifiques cette année, je tiens d'abord à vous remercier de la confiance dont vous m'honorez.

Croyez, néanmoins, que je considère le poste auquel vous m'appelez comme un poste de devoir plutôt qu'un poste d'honneur.

La Société d'Odontologie de Paris a toujours fait preuve d'une remarquable activité, elle a puissamment favorisé le développement et le progrès scientifique de notre art en France, elle a contribué dans la plus large mesure à attirer, puis à fixer l'attention professionnelle mondiale sur les travaux et la pensée des praticiens français, que notre journal propage à l'étranger avec un succès incontestable.

A tous ceux qui ont participé à cette œuvre, aux présidents qui la dirigèrent avant moi, à ceux qui assumèrent la tâche de diffuser nos travaux par la voix de l'*Odontologie*, à celui qui depuis tant d'années dirige notre évolution, je suis heureux de payer ce soir mon tribut de reconnaissance et d'admiration.

C'est parce que tous ont été prodigues de leur dévouement à l'œuvre commune, y consacrant inlassablement leur ardeur, leur intelligence et leur temps que je considère qu'ils m'ont légué un poste qui comporte surtout des obligations.

Je m'efforcerai, en les remplissant, de me montrer digne du choix que vous avez fait.

Mon premier devoir sera d'exprimer les sentiments d'affectueuse gratitude de la Société à M. Blatter, président sortant.

Vous avez eu, mon cher Blatter, au cours de cet exercice, non pas à faire revivre notre Société qui, durant la guerre, a toujours fait preuve de vitalité en continuant de fonctionner dans la mesure compatible avec les événements ; vous avez eu la tâche ardue de faire reprendre à nos débats leur forme traditionnelle.

Avec votre bonté proverbiale et la fermeté pleine de bonhomie qui vous caractérisent, en accomplissant cette tâche, vous avez singulièrement facilité celle de celui qui, en vous succédant, joint à l'assurance de la reconnaissance de la Société ses plus chaleureux remerciements personnels.

Je dois ensuite vous indiquer aujourd'hui comment j'entends diriger vos travaux.

L'action, pour être féconde, devant être réglée et ordonnée, je vous proposerai d'abord un programme de travail. D'autre part, l'action en commun ne pouvant se développer fructueusement que dans l'harmonie, je vous demanderai d'accepter la discipline nécessaire à la bonne marche de nos travaux.

Au point de vue du programme je vous propose que chaque mois, si possible, nous ayons une séance de démonstrations pratiques, le dimanche matin précédant notre réunion du soir. Celle-ci permettrait d'ouvrir une discussion publique sur les présentations ou démonstrations de l'avant-veille. En outre, comme les questions importantes de notre technique spéciale réclament périodiquement une mise au point, je vous demanderai qu'un certain nombre de ces questions soient inscrites à l'ordre du jour et que des rapporteurs soient nommés pour les traiter dans notre journal le mois précédant la réunion ou les réunions au cours desquelles ce rapport serait discuté et argumenté. Après ces discussions un rapport définitif devrait être établi, tenant compte des observations présentées, les coordonnant et aboutissant à des conclusions précises. Ce travail pourrait alors faire l'objet d'un rapport destiné à notre congrès national annuel de l'A. F. A. S. Nous créerions ainsi un lien entre nos différentes manifestations scientifiques et nous ferions bénéficier d'une manière plus tangible et plus efficace nos confrères provinciaux et étrangers des travaux de la Société.

A côté des communications scientifiques, que chacun de nous peut présenter à chaque séance, je vous demanderai de faire bénéficier la Société de présentations objectives techniques, des appareils ou des dispositifs que vous employez couramment ou incidemment.

Chacun peut ainsi contribuer à l'enseignement mutuel. Pour faciliter ces présentations je demanderai que l'Ecole ouvre les crédits nécessaires au fonctionnement d'un appareil permettant la projection non seulement des clichés que vous n'avez pas toujours le loisir de faire, mais aussi des dessins des corps opaques, par exemple nos moulages.

Chacune de nos séances du soir pourrait donc comprendre, entre les communications que nous avons l'habitude d'inscrire à l'ordre du jour, la discussion d'une des questions mises à cet ordre du jour, et la discussion des démonstrations et présentations faites l'avant-veille Quant à la discipline de nos réunions, tout en faisant largement appel aux orateurs pour argumenter les conférenciers ou pour discuter les sujets mis à l'ordre du jour, je veillerai à ce qu'on ne s'éloigne pas du sujet traité, et je demanderai à chacun d'apporter la plus grande concision possible dans la discussion.

Nous allons fêter le quarantenaire de notre fondation, il faut donc que cette 40e année de notre existence, venant après le bouleversement auquel nous avons assisté et l'exercice de réorganisation qui précéda celui-ci, marque une date scientifique dans notre histoire professionnelle.

Je vous convie à m'aider à la réalisation de cette tâche, si vous acceptez le programme que je viens de vous tracer et que je m'excuse de vous présenter sous le nom pompeux, mais habituel, d'allocution présidentielle.

Je sais qu'il n'est pas d'usage de mettre aux voix ces allocutions, mais, je vous le répète, j'ai tenu ce soir à vous soumettre un programme de travail ; aussi, pour ne pas rompre avec la tradition, je vous prierai, si vous acceptez ce programme, afin de me donner l'autorité nécessaire pour remplir ma fonction comme il convient, de ne m'accorder vos applaudissements — qui sont de tradition également — qu'en leur attribuant nettement un caractère approbatif des propositions que je viens de formuler *(Applaudissements)*.

Avant de donner la parole aux orateurs inscrits, si vous acceptez que nous mettions des questions à l'ordre du jour de nos réunions, celles-ci devant être préparées à l'avance, je vous proposerai deux questions et je demanderai à ceux des membres qui seraient désireux de voir des questions traitées, de les adresser au Bureau afin que, dans la séance prochaine, nous puissions examiner celles qui pourraient être mises en discussion. Je proposerai que la première question soit celle des complications du 4e degré et leurs relations avec l'état général. Cette grosse question, à l'ordre du jour aux Etats-Unis, devrait y être mise aussi

dans nos séances, car dans le corps médical on y attache une importance peut-être plus grande que celle que nous voudrions lui voir réserver. Les dangers qu'a fait courir cette question aux Etats-Unis vont également apparaître ici. La deuxième question : traitement des canaux et leur obturation serait un rapport connexe à celui-ci.

Je serais très heureux de voir plusieurs d'entre vous nous proposer des questions *(Applaudissements)*.

III. — Le traitement chirurgical du prognathisme, par M. le Dr Dufourmentel.

M. Dufourmentel fait la communication reproduite d'autre part.

Discussion.

M. Roy. — J'ai été fort intéressé, comme vous tous certainement, par la communication de M. Dufourmentel. Nous connaissons, en effet, depuis assez longtemps, la résection du condyle pour les cas de trismus par ankylose temporo-maxillaire et ici-même, vous vous en souvenez, nous avons eu, il y a quelques années, une communication très intéressante de notre collègue le Dr Gernez qui est venu nous entretenir d'une résection du condyle pour un cas de trismus par ankylose fibreuse. Dans ce cas-là, si je me souviens bien, une des grosses préoccupations de Gernez, comme de ceux qui avaient pratiqué cette résection (ils n'avaient pas fait une ablation du condyle, mais une résection d'une section du condyle), avait été d'éviter la soudure des deux parties sectionnées, de faire une interposition musculaire entre les deux fragments réséqués.

Ici, M. Dufourmentel nous apporte un cas tout à fait intéressant, puisqu'il n'a pas eu à se préoccuper de cette question-là ; au contraire, délibérément il a enlevé le condyle ; malgré la difficulté opératoire que je comprends très bien, ce doit être encore plus simple que d'aller interposer un fragment musculaire entre les deux fragments sectionnés.

M. Gernez ne nous avait pas caché que c'était une opération très difficile, mais j'imagine que l'ablation du condyle doit être plus simple. On pouvait en effet se demander s'il n'y aurait pas de complications graves comme celles que signalait M. Dufourmentel : c'est-à-dire l'ascension possible du condyle et une déviation du maxillaire qui pourrait être aussi disgracieuse que celle que l'on voudrait corriger. Il n'en est rien et je suis heureux de cette intéressante observation qui certainement peut rencontrer des

applications dans certains cas de monstruosités comme ceux que nous observons quelquefois.

J'avais déjà pensé, je ne l'ai jamais pratiquée ni fait pratiquer toutefois, à l'intervention chirurgicale dans certains cas de déformation. Peut-être la résection du condyle ne donnerait-elle pas de résultats : ce sont des déformations du maxillaire impossibles à corriger par les moyens ordinaires, je veux parler des malades avec une béance considérable. Nous voyons quelquefois des béances de 1 et 2 centimètres, même davantage, entre les deux mâchoires et c'est là une correction extrêmement difficile à faire : je crois que ces cas pourraient être traités par la chirurgie étant donné les progrès faits surtout depuis la guerre. Je suis heureux, et c'est un avantage qu'on peut retirer des travaux occasionnés par la chirurgie de guerre, de l'application à des cas tout à fait étrangers aux blessures de guerre, de procédés chirurgicaux qu'on a eu l'occasion de pratiquer au cours de celle-ci. Ce qui est intéressant, c'est que non seulement il y a correction, mais conservation complète des mouvements de mastication. Les mouvements de latéralité, eux-mêmes étaient conservés. Or il est évident que, dans ce cas-là, puisqu'on avait fait la résection du condyle, le ptérygoïdien externe était lésé. Aussi cela renverse un peu nos idées sur les mouvements articulaires.

En ce qui concerne le maintien de l'articulation en bonne place de la mâchoire et du non enfoncement du condyle, je crois que vous avez trouvé la raison dans la position des deux muscles masséters et ptérygoïdiens internes, assurant le maintien de la mâchoire malgré la perte de substance. C'est certainement cette sangle musculaire qui maintient la mâchoire et empêche l'enfoncement.

Par conséquent, ce qu'il y a lieu de noter d'une façon toute particulière dans les observations de M. Dufourmentel, c'est, d'une part, la correction parfaite qu'il a obtenue et, d'autre part, le maintien des mouvements de mastication. Nous sommes loin là des opérations de Risoli et d'Esmarch préconisées pour les trismus, dans lesquelles on faisait une résection en coin de la mâchoire et dans lesquelles le malade faisait mouvoir sa mâchoire avec la main.

Je crois qu'il y a là une application intéressante à étudier en cas d'ankylose temporo-maxillaire.

Ceci dit, quant à la communication de M. Dufourmentel, je crois qu'il faut aussi, comme il nous y invite du reste directement, parler maintenant des cas justiciables d'une intervention semblable. Or le prognathisme du maxillaire inférieur est une anomalie fréquente. Il y a divers ordres de ce prognathisme et là nous pou-

vons éclairer M. Dufourmentel : il y a les prognathismes vrais et les prognathismes faux ; les vrais comme ceux que M. Dufourmentel nous a montrés, dans lesquels existe un rapport anormal entre le condyle et sa cavité. Son observation est intéressante puisqu'il a pu constater *de visu* une anomalie de rapport entre la cavité et le condyle ; la mâchoire est bloquée et par aucun moyen manuel on ne peut la remettre en bonne position. On s'explique très bien que dans ce cas le malade ne peut pas faire le mouvement de projection en avant et ne peut pas le faire artificiellement. Tous ceux qui sont orthognathes peuvent se donner un prognathisme artificiel ; on s'explique que le prognathe ne puisse le faire ; vous avez beau user de tous les moyens, fût-ce même de l'anesthésie, vous n'y pouvez parvenir. Le condyle est collé contre l'os tympanal.

Mais il est d'autres cas qui sont des prognathismes artificiels, c'est-à-dire que ces individus ne sont prognathes que par suite de la disposition anormale de leur arcade dentaire. C'est parce qu'il y a anomalie de position des dents que le maxillaire, pour arriver à la fermeture de la bouche, a dû suivre un mouvement permettant aux dents inférieures de venir emboîter les dents de la mâchoire supérieure ; les dents inférieures, ne pouvant pas passer en arrière des supérieures, comme c'est le cas dans la position normale, le sujet instinctivement a projeté sa mâchoire en avant pour pouvoir fermer la bouche. Dans ce cas, il est prognathe non parce que son condyle appuie sur l'os tympanal, au contraire il est prognathe parce que son condyle est venu sur la racine transverse de l'arcade zygomatique. Alors si vous faites ouvrir la bouche à cet individu, si vous rendez sa mâchoire libre, vous pouvez rentrer sa mâchoire de 2-3-4-5 millimètres et vous la remettez en bonne position, mais il ne peut pas fermer la bouche car ses dents se rencontrent anormalement.

Il y a deux grandes classes de prognathisme, et c'est là un point particulièrement important qui doit, je crois, ressortir de la communication de M. Dufourmentel ; au point de vue des déductions pratiques que nous pouvons en tirer, c'est que dans le cas où le condyle se trouve bloqué au niveau de l'os tympanal et dans l'impossibilité de reculer, nous ne pouvons pas agir sur la mâchoire, mais seulement sur les dents, c'est-à-dire donner à ces dents une inclinaison qui pourra combattre au moins de façon apparente le prognathisme. Et si celui-ci est peu marqué, il est possible parfois, par une petite correction des incisives, d'améliorer l'esthétique et même le fonctionnement mandibulaire du malade : procédé orthodontique.

Dans l'autre cas, au contraire, si ce prognathisme est trop

marqué, puisque nous sommes butés par le condyle, la force que nous pourrons appliquer sur le maxillaire, s'il s'agit d'un sujet très jeune, par des tractions continues, pourra permettre de modifier le maxillaire ; cependant je n'y compte guère et ce cas pourrait être justiciable de l'opération indiquée par M. Dufourmentel si la difformité était suffisamment grande pour que l'on puisse conseiller une opération sérieuse à un malade.

Quand, au contraire, il s'agit d'un prognathisme artificiel, dû uniquement à la déviation des dents et entièrement justiciable d'un traitement d'orthodontie, ce serait une faute de le traiter chirurgicalement. Ce sont les cas les plus fréquents et avec les procédés de redressement actuels, on arrive à des résultats merveilleux et relativement rapides, sans risques ni inconvénients pour le malade.

M. G. Lemerle. — Je me souviens avoir vu pratiquer, il y a déjà dix ans, par mon maître M. Sebileau, un certain nombre de résections du condyle pour ankylose temporo-maxillaire. M. Sebileau utilisait comme voie d'accès une incision menée au niveau du rebord du maxillaire inférieur. Après décollement et écartement du masséter, il atteignait le col du condyle au niveau duquel une scie de Gigli était passée. Le col une fois sectionné, le condyle était luxé et enlevé facilement à l'aide d'un davier. Ce procédé avait l'avantage de ménager le nerf facial et d'éviter la possibilité de tout accident de ce côté.

M. Dufourmentel a choisi une voie d'accès opposée. Il aborde la région de haut en bas; M. Sebileau l'abordait de bas en haut. Les résultats obtenus sont également satisfaisants. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'une opération d'une technique difficile. Il est peu commode, en effet, de passer une scie derrière le col du condyle, dans le voisinage immédiat de vaisseaux importants, au fond d'une incision limitée, et la façon dont M. Dufourmentel est arrivé à mener à bien les diverses interventions dont il vient de nous entretenir, est tout à fait remarquable. Je tenais à lui dire toute mon admiration pour les résultats qu'il a obtenus à l'aide d'un procédé aussi élégant.

M. Audy. — Je veux féliciter M. Dufourmentel qui, malgré la modestie qu'il a eu d'aller rechercher une communication faite à Lyon, nous a entretenus ce soir d'un procédé qui est tout à fait une nouveauté. Je savais que nous ne perdrions pas notre soirée aujourd'hui et, en tant que compatriote, je vous demande de lui adresser toutes mes félicitations.

Je voudrais lui demander si, avant l'opération, on avait essayé, sur les moulages de la bouche, de voir quelle serait la concordance des deux arcades dentaires une fois les choses remises en

l'état. Il aurait été possible qu'on obtienne un contact entre les incisives et non pas entre les molaires, tandis que ce moulage nous montre qu'il a obtenu un contact entre les molaires.

M. Dufourmentel. — Vous me demandez si la correction totale n'a été obtenue que secondairement ?

M. Audy. — Si vous aviez prévu la façon dont les arcades se rencontreraient.

M. Dufourmentel. — Il m'est difficile de vous répondre moi-même, car je me suis déchargé entièrement sur mes collaborateurs dentistes et justement il y en a là ce soir.

M. Roy. — L'observation de M. Audy est judicieuse et je crois qu'il y a un écueil qu'il vient de signaler, à juste titre. Il pourrait en effet arriver que, par suite de la déformation des incisives, la correction étant faite dans le sens antéro-postérieur, on ne puisse pas faire la correction dans le sens vertical et qu'on ait remplacé une difformité par une autre en ce sens qu'on obtiendrait contact entre les incisives et non entre les molaires et qu'il y aurait une béance.

Il y a donc lieu, maintenant que le procédé de M. Dufourmentel peut prendre place dans le traitement de certains cas graves de prognathisme, de se mettre en garde auparavant contre cet inconvénient en prenant des empreintes préalables pour voir dans quelle condition se présentera la correction une fois la résection du condyle opérée et le prognathisme corrigé.

M. Dufourmentel. — Je crois que des personnes expérimentées trouveraient la réponse sur ces moulages.

M. Godon. — La suppression permet justement au maxillaire, même s'il y a des différences d'articulés dentaires, de ramener le maxillaire naturellement et de remettre en contact les dents supérieures et inférieures.

M. Dufourmentel. — Je veux finir cette discussion en vous remerciant de votre attention. J'avais conservé le souvenir de votre accueil lors de ma première communication et je suis plus touché encore aujourd'hui. Aussi, si je récidive devant vous, vous n'aurez qu'à vous en prendre à vous-mêmes, étant donné, je le répète, votre amabilité à mon égard.

M. Blatter. — Je tiens particulièrement à adresser mes remerciements à M. Dufourmentel, car nous avons été en correspondance longtemps au sujet de cette communication ; j'avais l'intention de la lui faire présenter à l'occasion du quarantenaire ; il nous l'a faite ce soir et je tiens encore une fois à l'en remercier.

Le Président. — Nous nous sommes tous associés aux paroles prononcées par M. Lemerle pour féliciter et remercier M. Dufourmentel de sa communication. C'est une preuve, une fois de plus

faite et démontrée ici par l'école Sebileau, de la nécessité de la collaboration constante du chirurgien et du prothésiste.

Je me permettrai de faire remarquer combien il est nécessaire que nous unifiions notre langage spécial afin de rendre plus compréhensibles nos travaux. Je dis ceci tant pour les chirurgiens que pour les dentistes : c'est ainsi que M. Dufourmentel et M. Roy ont l'un et l'autre parlé de prognathisme tandis qu'ils décrivaient ou discutaient le proglissement.

Le premier cas cité par M. Dufourmentel est un proglissement, ici, s'il n'y a pas de déviation verticale à la suite des interventions de l'auteur par résection condylienne, c'est qu'il s'adresse à des cas où les déviations sont d'origine musculaire ou ligamentaires. Dans un des cas cités où la déviation est purement d'origine osseuse, nous trouvons, à l'étude des moulages, qu'il y a justement cette déviation verticale qui n'est pas apparente parce qu'elle corrige un déplacement par régression des incisives, qui existait sur le fragment antérieur.

Dans la question du prognathisme réel, c'est-à-dire la projection du maxillaire par excès de tissus osseux avec condyle dans sa position normale, il faudra examiner très attentivement l'articulé dentaire et les conséquences de l'opération sur cet articulé. La remarque de M. Audy à ce sujet est tout à fait judicieuse. Je ne crois pas d'ailleurs à la déviation verticale provoquée par la disparition totale du condyle à condition bien entendu que l'intégralité des insertions musculaires soit respectée et particulièrement le ptérygoïdien externe ; mes études sur le mécanisme dentaire humain aboutissent nettement à cette conclusion, puisqu'en respectant les muscles on ne rompt pas l'équilibre statique et dynamique.

Je tiens à remercier M. Dufourmentel de sa collaboration et, s'il trouve que la Société d'Odontologie le reçoit bien, je le prie de venir souvent parmi nous, car c'est avec beaucoup d'intérêt que nous accueillerons toujours ses communications.

IV. — Traitement orthophonique pour bec-de-lièvre et fissure palatine, par MM. Louis et Charles Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de la communication (V. n° du 30 mars, p. 133).

Discussion.

M. G. Lemerle. — Nous avons tous eu l'occasion de faire des obturateurs, mais, une fois l'appareil exécuté et mis en place, nous ne savions guère comment faire éduquer notre malade.

Grâce aux recherches de MM. Ruppe, nous voici en possession non seulement d'une méthode d'éducation phonétique, mais encore d'une méthode d'examen vocal, nous permettant de formuler un véritable diagnostic sur l'état fonctionnel des patients qui se présentent à nous. Le travail si clair et si précis de MM. Ruppe est destiné à rendre les plus grands services à tous ceux d'entre nous qui s'occupent de la question des obturateurs, et nous ne saurions trop l'en remercier.

Maintenant, votre méthode ne change pas quel que soit le procédé prothétique que vous appliquez ?

M. Ruppe. — Non, elle est la même après intervention chirurgicale.

M. *Godon.* — En tout cas il est bon d'appeler l'attention de nos confrères sur cette question de la phonation. Nous nous occupons surtout de la mastication et de l'esthétique, mais la phonation joue un rôle important et on ne saurait trop appeler l'attention de nos confrères sur cette question.

M. Roy. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention la communication de M. Ruppe, mais je crois qu'il est un nom qui devrait être prononcé dans une discussion comme celle-ci, c'est celui de Delair, car il est, à ma connaissance, le premier qui se soit occupé d'une façon pratique de ces exercices orthophoniques. Je retrouve dans ce que vient de nous dire Ruppe, un certain nombre d'exercices que Delair pratiquait et faisait pratiquer à ses malades. Il avait même composé une série de petites poésies en vue de faire des exercices orthophoniques. Le méthode de Delair était tout à fait intéressante ; je crois qu'il ne l'a jamais écrite, il n'écrivait jamais et il était difficile d'obtenir quelque chose de précis de lui ; mais il est certain et je me fais un devoir de le rappeler ce soir, que c'est lui le premier, je crois, qui a étudié avec beaucoup de soin les exercices orthophoniques à faire pour les fissures du palais et les résultats qu'il obtint à cet égard furent tout à fait remarquables. Les principes exposés par M. Ruppe se rapprochent beaucoup de ceux que Delair mettait en pratique.

M. Dufourmentel. — J'ai été très intéressé par la communication de MM. Ruppe d'autant plus que nous avons souvent l'occasion d'opérer des becs-de-lièvre. Nous appliquons le traitement chirurgical et nous sommes toujours dans l'impossibilité de prédire le résultat phonétique après l'opération. Nous pouvons savoir si l'opération réussira ou échouera, mais nous ne pouvons jamais dire quel sera le résultat phonétique. Il y a des opérations admirablement réussies au point de vue anatomique, donnant au point de vue phonétique de mauvais résultats ; il y en a d'autres mal

réussies au point de vue anatomique qui donnent de bons résultats phonétiques.

Je crois que cela tient à notre impossibilité de remédier à l'une des causes principales qui est la brièveté du voile. Nous arrivons à rejoindre les deux parties du voile ; il en résulte que celui-ci reste trop court et, quand le malade parle, il y a une fuite d'air par le palais.

Il me reste une question à vous poser et que vous pourriez mettre à l'étude, pour y répondre, cela nous rendrait un grand service : Est-il possible de construire un appareil prothétique capable de prolonger le voile en arrière alors que jusqu'à présent, chirurgicalement, je n'en vois pas la possibilité ?

M. Roy. — Delair l'a fait avec un clapet court.

M. Dufourmentel. — Quel est le résultat ?

M. Roy. — Il peut fermer complètement.

M. Godon. — Dans le livre de Kingsley, *Oral difformities*, tout un chapitre est consacré à la phonation, au détail et au caractère de chacune des lettres.

M. Ruppe. — Je veux répondre à M. Roy que nous n'avons pas fait l'historique du traitement orthophonique. Elève de M. Delair, je pourrais passer pour un ingrat, mais je n'ai connu M. Delair qu'à l'atelier, je ne l'ai pas vu auprès de ses malades et ne connais rien de sa méthode de rééducation phonétique.

Je tiens à dire à M. Roy combien je suis heureux qu'il me l'ait révélée.

M. Roy. — Tous ceux qui ont assisté aux démonstrations de M. Delair ont été très intéressés. Il s'attachait à ses malades avec un soin tout particulier. Je me rappelle d'un malade qu'il a présenté ici, auquel il avait donné des mots orthophoniques à dire ; une autre fois, une dame nous a récité des petites poésies composées par M. Delair lui-même et qui constituaient des exercices orthophoniques : le résultat était tout à fait remarquable. J'ai été à même d'apprécier les exercices de M. Delair, qui étaient analogues aux vôtres. Par exemple il faisait souffler une lampe qu'on éloignait progressivement ; vous employez vous une boule de liège. M. Delair n'a rien écrit et c'est vraiment dommage, car il y a là un élément d'instruction qui est perdu.

M. Baumgurten. — M. Roy dit que M. Delair n'a rien écrit sur ce sujet, mais je me rappelle très nettement que des poésies ont été publiées dans l'*Odontologie* entre 1901 et 1903 ; j'étais étudiant alors. Il y a eu tout un article sur cette question-là.

M. le président. — La question orthophonique dans le traitement des becs-de-lièvre et dans les prothèses vélo-palatines a une très grosse importance. Certains auteurs s'en sont préoccupés. On

en trouve trace, comme le rappelle M. Godon, dans Kingsley. Turner dans son volume de prothèse a consacré tout un chapitre à l'orthophonie et à ses applications en prothèse. Ce que je remarque de tout à fait intéressant dans la communication que nous a fait M. Ruppe, c'est la façon dont il a condensé la méthode orthophonique.

Ruppe ne prétend pas avoir inventé l'orthophonie ; il nous le dit : il présente une méthode pratique, dont je suis frappé, pour éduquer et faire éduquer les sujets ; c'est là la chose importante. Les chirurgiens et les dentistes n'ont pas le temps d'éduquer les malades ; il faut que nous puissions fournir à ceux-ci une méthode d'auto-rééducation orthophonique, c'est ce qu'a cherché Ruppe ; c'est pourquoi on doit le féliciter. Dans sa communication, il y a un petit tableau qui dispose les consonnes suivant un ordre correspondant à certains exercices, comme, par exemple, de faire prononcer un jour les muettes explosives, le lendemain ou quelques jours après, les sifflantes. Ce tableau et la fiche d'observation permettant d'enregistrer et de suivre les progrès réalisés par le malade sont des innovations précieuses pour nous et marquent d'un sens pratique remarquable le travail de nos confrères. C'est en cela que le travail des deux frères Ruppe est intéressant et pourquoi nous devons les féliciter très sincèrement de l'avoir présenté ce soir. J'espère qu'ils voudront bien, un jour, nous amener des malades pour montrer les résultats orthophoniques qu'ils auront obtenus. Voici d'ailleurs tout de suite un résultat pratique : M. Ruppe nous demande des tirages à part afin de pouvoir les donner aux malades du Dispensaire de l'Ecole pour qu'ils puissent se rééduquer eux-mêmes.

V. — Le masque a chlorure d'éthyle du Dr Houzel, par M. Guébel.

M. Guébel donne lecture d'une communication sur ce sujet (Sera publié).

Discussion.

M. Gaignon. — J'ai examiné ce masque-là il y a plusieurs mois : je l'ai trouvé trop compliqué pour un dentiste. Il est aussi d'un prix assez élevé.

M. Duiltoz. — En se servant de ce masque, M. Guébel ne craint-il pas que l'ampoule se brise entièrement ? Je me demande en effet si cette ampoule fixée simplement par une vis à sa pointe ne va pas claquer au moment de l'anesthésie.

M. Dufourmentel. — Je désire souligner d'un mot un des points

qu'a mis en lumière M. Guébel. Pendant la guerre, c'était une mode de certains médecins d'employer la méthode de l'anesthésie brutale appelée méthode bouchon. Il suffit d'avoir assisté à ces anesthésies pour se rendre compte que celui qui y a passé une fois ne désire pas y passer une seconde. Il est certain que plus un anesthésique est donné lentement, moins il est désagréable.

M. Roy. — A propos des doses massives de chloroforme, je ne sais pas jusqu'à quel point on ne pourrait pas observer les accidents avec le chlorure d'éthyle qui n'est, en somme, que l'éther chlorhydrique. En principe, je suis pour l'administration des anesthésiques à doses progressives de façon à ce que les voies respiratoires et les nerfs qui les innervent s'habituent progressivement aux vapeurs anesthésiques.

M. Guébel. — J'ai répondu d'avance à la question de M. Gaignon en disant que le masque n'a pas été construit spécialement à l'usage des dentistes. Quant au prix de vente, c'est une question qui n'a pas sa place dans cette réunion scientifique.

Quant à la réflexion de M. Duittoz, l'ampoule est solidement assujettie par un pas de vis. L'appareil est très maniable. A notre clinique du jeudi matin M. Cadic et moi nous faisons rapidement une dizaine d'anesthésies devant les élèves ; jamais nous n'avons eu à enregistrer le moindre incident.

Je remercie M. Dufourmentel de son observation. Comme lui, je réprouve la méthode par dose massive.

M. le président. — Je remercie M. Guébel de sa présentation du masque du Dr Houzel et j'espère qu'il voudra bien l'expérimenter dans une séance de démonstration.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. MIÉGEVILLE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

23-30 *juillet*

Nous rappelons que la section d'odontologie de l'A. F. A. S. forme le Congrès annuel de notre Groupement professionnel, ainsi que de la F. D. N. De très nombreuses adhésions nous sont déjà parvenues et nous invitons les confrères désireux d'y participer à bien vouloir nous le faire savoir dès maintenant afin de nous faciliter l'organisation du Congrès de Rouen, qui semble devoir être une grande manifestation professionnelle.

Le Congrès général de l'A. F. A. S. à Rouen sera présidé par M. Rateau, membre de l'Institut, ingénieur en chef des mines, ancien professeur à l'Ecole nationale supérieure des mines de Paris.

De nombreuses visites seront organisées dans les établissements les plus importants de la région : industries, textiles, métallurgiques, mécaniques, chantiers navals, grande industrie chimique, pétroles, etc. Des visites aux monuments, aux musées, à la bibliothèque, aux institutions d'enseignement ; des excursions aux sites les plus pittoresques auront lieu chaque jour au cours du Congrès qui se terminera probablement par une grande excursion au front par Montdidier, Roye, Lassigny, Compiègne.

Adresser les adhésions à M. G. Villain, président de la 14e section (odontologie), 10, rue de l'Isly, Paris.

CONGRÈS DE STRASBOURG [1]

Section d'Odontologie (14e section) *(Suite)*.

2e *séance, 27 juillet après-midi.*

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN, VICE-PRÉSIDENT, PUIS DE M. VICHOT, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à trois heures à la clinique médicale de la Faculté de médecine, à l'Hôpital civil.

I. — TRAITEMENT DES DENTS PAR LA MÉTHODE ÉLECTROLYTIQUE, PAR M. CH. GUÉBEL

M. Guébel donne lecture de cette communication (v. p. 227 à 229).

M. G. Villain remercie l'auteur. Il ajoute que l'ionisation a été traitée par M. Mendel Joseph et qu'il est heureux de la voir reprendre par M. Guébel. Il sera intéressant de connaître plus tard les résultats obtenus.

II. — CONSIDÉRATIONS SUR L'ANESTHÉSIE RÉGIONALE, PAR M. CHARRON (de Montréal).

M. Charron donne lecture de cette communication, qui est accompagnée de projections (v. p. 220 à 226).

Discussion des deux communications.

M. Frey fait observer qu'il ne s'agit pas d'anesthésie tronculaire proprement dite, mais d'une infiltration dans un étage en amont de celui où le dentiste opère. Il lui semble que c'est une méthode intermédiaire entre l'anesthésie tronculaire et l'anesthésie localisée des dentistes.

M. Guébel dit qu'il collabore avec M. Charron depuis un mois. Il fait une anesthésie régionale en atteignant le nerf maxillaire supérieur. M. Jeay longe les dents, va passer derrière la dent de sagesse et monte dans la fosse ptérygo-maxillaire. Comme cette méthode lèse les vaisseaux, il évitait cette lésion. M. Charron, au contraire, ne rencontre pas les vaisseaux.

M. Godon demande dans quelles proportions M. Guébel fait de l'anesthésie régionale dans les opérations dentaires.

M. Guébel répond que, quand il se trouve en présence de tissus où les piqûres ne sont pas possibles, il fait de l'anesthésie régionale.

M. Godon considère qu'en somme le procédé ne s'emploie que dans les cas difficiles, mais pas une fois sur dix.

---

1. V. *Odontologie*, août, septembre, octobre, décembre 1920 et février 1921.

M. Guébel dit qu'en effet la méthode ne s'emploie que dans les cas exceptionnels.

M. Sauvez estime que, la méthode étant décrite, il faudrait dire quand elle est indiquée.

Il y a naturellement un cas indiqué : celui de la dent de sagesse inférieure. Il faudrait donc insister sur les dangers de l'opération et signaler les précautions à prendre. Il demande à attirer l'attention sur les dangers de l'infection profonde.

M. Frey considère qu'il y a un certain nombre de complications possibles. Il faut notamment attirer l'attention sur les paralysies faciales partielles, qui guérissent d'ailleurs fort bien.

M. Godon sait que M. Charron est un spécialiste de l'extraction.

M. Charron déclare qu'il inonde seulement les terminaisons et ne pénètre pas dans les ouvertures

M. Frey rappelle que M. Roy parlait dernièrement d'une série de cas où il faisait des infiltrations.

M. Charron insiste : il ne pénètre pas dans le tronc nerveux ; il sent l'endroit, mais n'y touche pas.

M. Frey dit que, au niveau de l'épine de Spyx, il est impossible d'atteindre le nerf directement. Il est donc important de préciser certains détails, comme l'a fait le Dr Bercher.

M. Charron répond qu'on emploie cette méthode dans une faible proportion ; il individualise chaque cas et chaque patient. Pour les dents du maxillaire inférieur, à cause de sa densité il faut de l'anesthésie régionale.

Il ne faut pas considérer que ce soit une méthode généralisée ; elle exige d'ailleurs une antisepsie rigoureuse. Il l'emploie depuis six ans et a traité près de 10.000 cas sans accident ; la technique en est fort simple.

M. G. Villain remercie chaleureusement M. Charron de sa présentation du matin et de sa communication.

On peut tout de même appeler son procédé *anesthésie régionale,* parce qu'elle s'adresse à un groupe de dents.

Quant aux craintes du Dr Sauvez, il n'y a pas lieu de les avoir. M. Marcel Brille a publié *un traité d'anesthésie régionale en chirurgie dentaire* ; mais celle-ci ne répond pas à de nombreux cas, quoique aux États-Unis elle soit démesurément employée.

Il prie M. Charron de transmettre aux dentistes canadiens les remerciements de la 14e section pour avoir envoyé un délégué au Congrès et donne lecture du télégramme suivant qui vient de lui être remis et qui est adressé par M. Dubeau, de Montréal : « Souhaite succès premier congrès dans pays reconquis. Regrette absence. »

(A suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'AVENIR DES ORPHELINS DE LA PROFESSION ET LES ÉCOLES DENTAIRES

Des manifestations professionnelles en l'honneur des confrères morts pour la Patrie se sont succédé depuis la fin de la guerre et nous ont appris le large tribut payé par l'art dentaire à la Défense nationale.

Mais il est une autre épreuve moins connue, terrible conséquence de la première et cependant navrante et inquiétante pour l'avenir : parmi les orphelins que la guerre a faits dans la corporation vingt-deux petits enfants de confrères français, qui ont perdu leurs pères, ont besoin de l'assistance de la profession.

Avec la disparition de leur protecteur naturel, ces petits voient leur avenir compromis et la situation rêvée par le papa disparu devenue inaccessible.

L'Aide Confraternelle s'efforce par tous les moyens dont elle dispose d'atténuer cette catastrophe familiale : ceux dont les pères sont morts pour la Patrie doivent renoncer à la situation que leurs pères pouvaient leur donner.

Grâce à la générosité de nombreux confrères du monde entier, grâce aux très grosses souscriptions venues d'Amérique et de certains fournisseurs, l'*Aide Confraternelle* peut atténuer légèrement cette rigueur du sort.

Elle vient d'obtenir un nouveau concours très précieux auquel elle tient à rendre hommage.

Les trois Ecoles Dentaires reconnues d'utilité publique ; *Ecole Dentaire de Paris, Ecole Odontotechnique, Ecole Dentaire de Lyon*, ont pris l'engagement d'accorder la gratuité totale des études aux orphelins de la profession qui auront acquis le droit scolaire d'y entrer.

Au nom du Comité de l'*Aide Confraternelle*, nous adressons nos plus vifs remerciements aux trois Ecoles qui avaient déjà apporté un puissant secours à notre œuvre. Ces trois associations donnent en toute occasion l'exemple de la solidarité ; qu'elles acceptent ici la reconnaissance de l'*Aide Confraternelle* et des orphelins de l'Art Dentaire.

Il reste maintenant un devoir impérieux à la profession : il faut que tous les orphelins que la guerre a faits puissent accéder à une situation égale à celle de leurs pères, et pour cela tous les

confrères de France doivent s'imposer un petit sacrifice en leur faveur.

Chers confrères, le Comité de l'*Aide Confraternelle* vous supplie de bien vouloir adresser environ **0** fr. **15** par jour, soit **50** francs par an, à son trésorier M. Fontanel, 1, rue Vercingétorix.

Écrivez-lui que vous consentez à cette contribution pendant quelques années et il vous fixera sur le mode de paiement.

Trouvez tous ici même les remerciements anticipés du Comité et souscrivez pour les orphelins de l'Art Dentaire.

Le Comité de
l'Aide Confraternelle aux Dentistes français et belges victimes de la guerre.

UN CORPS DENTAIRE DANS L'ARMÉE ANGLAISE

Une ordonnance royale du 4 janvier 1921 a créé un corps dentaire dans l'armée anglaise.

Ce corps sera administré par le Directenr général du Service de santé de l'armée et attaché à la fois à l'armée proprement dite et à l'aéronautique militaire, c'est-à-dire que le personnel sera astreint à servir avec l'une ou avec l'autre et sera interchangeable.

Les conditions de service dans l'aéronautique seront publiées ultérieurement, mais elles s'appliquent également à l'armée. Les nominations se feront d'après une liste unique. Le brevet de lieutenant dans le corps dentaire de l'armée peut être délivré à des praticiens dûment qualifiés d'après le Règlement approuvé par le Conseil de l'armée. La promotion au grade de capitaine a lieu au bout de 3 ans 1/2 de service dans le corps, si l'officier remplit les conditions prescrites par ce Conseil. La promotion aux grades de major et de lieutenant-colonel sera faite au choix par le dit Conseil.

Lors de la création du corps il sera fait des nominations à ces deux derniers grades. Le reste des nominations se fera au grade de lieutenant, sauf quand un officier dentiste temporaire comptera déjà 3 ans 1/2 de service ou plus, auquel cas il sera nommé capitaine. Le temps passé au service comme officier dentiste temporaire compte dans les 3 ans 1/2 pour la promotion au grade de capitaine.

La solde est la suivante :

	par jour			par an, y compris es allocations diverses	
	£.	shil.	pence	officier marié	célibataire
Lieutenant	1	0	0	558 £	495
Capitaine	1	5	0	685 £	606
— après 6 ans de service au total	1	6	6	713 £	634
— — 10 — —	1	8	6	749 £	670
Major	1	13	0	831 £	778
— — 15 — —	1	18		923 £	869
Lieut.-colon	2	7	6	1096 £	1052
— — 20 — —	2	10	0	1142 £	1098
— — 25 — —	2	12	6	1187 £	1144

Les dispositions du tableau XIV de l'ordonnance du 13 septembre 1919 relatives aux indemnités s'appliqueront aux officiers du corps dentaire. La demi-solde sera égale à la moitié de la solde totale mentionnée dans le tableau II de cette ordonnance. Le taux de la pension de retraite sera celui des officiers du Corps de santé militaire. En cas de retraite volontaire la pension ne sera accordée qu'après 20 ans de service. En cas de retraite volontaire plus tôt l'indemnité sera la suivante :

Après 8 ans 1/2 de service dans le corps, allocation de		1000 £
— 15 — —	—	1800 £
— 18 — —	—	2500 £

La retraite sera obligatoire à 55 ans d'âge. Un lieutenant qui n'est pas reconnu apte à l'avancement après 3 ans 1/2 de service dans le Corps sera mis à la retraite et un capitaine qui n'est pas reconnu apte au grade de major dans les 12 ans de service dans le corps sera mis à la retraite avec l'indemnité qui peut lui être accordée.

(*The Brit. Dent. J.*, 1er février 1921).

Au Parlement Britannique

Le Gouvernement anglais a déposé au Parlement britannique un projet de loi modifiant considérablement la réglementation dentaire actuellement en vigueur connue sous le nom de *Dentists' act.*

Nous reviendrons sur cette importante question lorsque le projet aura été discuté et adopté.

EXAMEN D'ÉTAT A SUBIR PAR LES DENTISTES ET MÉCANICIENS-DENTISTES EN PRUSSE

Par arrêté du 14 octobre dernier le ministre prussien de l'hygiène publique a édicté des prescriptions soumettant les *dentistes et mécaniciens-dentistes* (*Dentisten, Zahntechniker*) à un examen d'Etat pour être admis à traiter les membres des caisses d'assurances contre la maladie.

Pour permettre cette mesure, un arrêté du même jour du ministre de l'Intérieur, pris d'accord avec le ministre du Commerce, de l'Industrie, de l'Agriculture, des Domaines et des Forêts, ainsi qu'avec le ministre des Transports, a apporté diverses modifications aux dispositions d'exécution (art. 123 de la loi du 2 décembre 1913 sur les assurances de l'Etat).

Nous reproduisons ci-après le *résumé* des articles principaux de l'arrêté du 14 octobre 1920 relatif à l'examen à subir, arrêté qu naturellement ne vise pas les chirurgiens-dentistes (*Zahnärzte*).

Art. 2. — Les examens ont lieu dans un établissement désigné par le Ministre au siège de l'Administration supérieure des assurances.

Le jury (titulaire et suppléant) est nommé par le Ministre. Il comprend un président et trois membres, savoir : un chirurgien-dentiste et deux mécaniciens-dentistes, chacun avec un suppléant, proposés par le Président de cette Administration, sur présentation du Syndicat des chirurgiens-dentistes allemands et du Syndicat des dentistes de l'Empire allemand.

Art. 3. — Les examens ont lieu au début d'avril et octobre de chaque année.

Art. 4. — Les demandes de participation à l'examen sont adressées au président du jury dans la localité où celui-ci sera subi.

Art. 5. — Elles sont accompagnées : 1° d'un certificat de bonne vie et mœurs ; 2° d'un certificat constatant un apprentissage de 3 ans chez un chirurgien-dentiste ou un mécanicien-dentiste méritant toute confiance ; 3° d'un certificat constatant que le candidat, son apprentissage terminé, a exercé pendant 4 ans comme mécanicien-dentiste ; 4° un *curriculum vitæ.*

Art. 6. — Les droits d'examen s'élèvent à 160 marks.

Art. 7. — Les convocations à l'examen sont lancées par le président du jury 15 jours avant celui-ci.

Art. 8. — Le maximum de candidats convoqués à l'examen oral est de 10 ; à l'examen pratique de 20.

Art. 9. — Les membres du jury s'assurent le matériel et les patients nécessaires chacun pour sa spécialité respective.

Art. 10. — Le président dirige l'examen.

Les travaux de l'épreuve pratique sont surveillés par un membre du jury.

Les travaux techniques de l'épreuve pratique sont présentés au jury lors de l'épreuve finale.

Art. 11. — L'examen est oral et pratique.

Art. 12. — L'examen oral porte sur les matières suivantes :

1° Structure des dents et des mâchoires, dentition ;

2° Infection et désinfection, asepsie, antisepsie dans le traitement des dents ;

3° Prévention de la carie ; hygiène dentaire et buccale ;

4° Maladies des dents ;

5° Leur traitement ;

6° Traitement et obturation des racines ;

7° Emploi et action des agents thérapeutiques usuels pour le traitement des dents ;

8° Extraction des dents ;

9° Traitement après l'extraction ;

10° Anesthésie locale pour le traitement des dents ;

11° Insuccès et accidents consécutifs à ce traitement ;

12° Préparation de la bouche à la prothèse ;

13° Prothèses diverses ;

a) Confection, articulation et fixation de pièces prothétiques.

b) Confection de dentiers complets.

14° Connaissance des matières à employer ;

15° Assurances.

Les candidats sont interrogés sur les matières 1 à 11 par le chirurgien-dentiste membre du jury.

Art. 13. — L'examen pratique comprend les matières suivantes :

1° Préparation au traitement ou à l'obturation d'une dent sans pulpe ou à racine malade ;

2° Obturations plastiques ;

3° Extraction d'une dent ou racine sous anesthésie locale ;

4° Deux travaux de caoutchouc ou de métal.

Prise d'empreinte et d'articulation d'une bouche édentée et pose d'un dentier complet en cire.

Confection d'une pièce en caoutchouc avec une ou deux plaques protectrices soudées et crampons de métal.

Confection d'une dent à pivot ou d'une couronne de métal.

Les candidats fournissent les matériaux nécessaires à l'exécution de leurs travaux. Ils versent un droit d'usage des instruments et appareils s'élevant à 30 marks.

Art. 14. — Le résultat de l'examen pour chaque épreuve est consigné dans un procès-verbal remis au président par le candidat avant qu'il commence l'épreuve finale.

Il n'est donné que deux notes : réussi, échoué.

Si un candidat a échoué dans une épreuve, il peut la recommencer au bout de 6 mois.

S'il a échoué dans deux épreuves, il doit recommencer tout l'examen, au plus tôt 9 mois après.

L'examen ne peut être recommencé au plus tôt que 6 mois après et

au plus tard que 3 ans après, devant le même jury que la première fois.

Art. 16. — Quand le candidat a subi avec succès tout l'examen il reçoit du président du jury un certificat qui le constate.

Le premier examen prescrit par l'arrêté ci-dessus a été subi à Berlin les 6, 7 et 8 novembre, à l'Institut de perfectionnement du Syndicat des *dentistes* de l'Empire allemand sous la présidence du Dr Drucker, chirurgien-dentiste, rapporteur au ministère de l'Hygiène, avec MM. le Dr Mamlock, chirurgien-dentiste, Alte et Israël, dentistes.

(*Zahntechnische Reform,* 14 et 28 novembre 1920).

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES

Une réunion commune des sociétés dentaires américaines de Londres et de Paris a eu lieu le 26 mars sous la présidence de M. Charles Valadier.

L'après-midi démonstrations pratiques par M. William Davenport sur des incidents de la pratique journalière ; par M. Fabret, de Nice, sur une nouvelle méthode d'anesthésie locale ; par M. Orv sur son procédé de confection d'une couronne Richmond ; M. Williams sur le plus récent appareil américain de radiographie.

Le soir, à 8 h. 30, réunion chez le président, pour deux intéressantes communications écrites : l'une par M. Ogden, sur l'interprétation des radiogrammes dentaires ; l'autre, par M. Bradner White sur les lésions thyroïdes et buccales. Ces communications ont été suivies de discussions approfondies.

Le dimanche 27, banquet offert aux membres de Londres par les membres de Paris à l'Hôtel Westminster. Après le banquet, examen de diverses questions d'intérêts professionnels.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

CONSEIL D'ÉTAT

LES CHIRURGIENS-DENTISTES.
DÉLIVRANCE DES PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Le syndicat des chirurgiens-dentistes de France déférait au Conseil d'Etat le décret du 14 septembre 1916 et un arrêté du ministre de l'Intérieur du 12 mai 1917, par lesquels il a été apporté certaines restrictions au droit absolu auquel prétendent les dentistes de se faire délivrer par les pharmaciens des substances vénéneuses.

Les requérants se sont plaints de ce qu'à ce point de vue ils jouissent de moins de droits que les médecins. Le décret de 1916 a prévu, en effet, pour les substances anesthésiques qui seules peuvent être délivrées aux chirurgiens-dentistes celles qui seront énumérées par un arrêté du ministre de l'Intérieur. C'est cet arrêté qui est intervenu le 12 mai 1917. Après avoir énuméré les substances toxiques qui peuvent être délivrées aux chirurgiens-dentistes, il a ajouté que certaines d'entre elles devront être additionnées de matières colorantes.

Ce sont ces restrictions dont se plaignait le syndicat, qui a allégué que la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine met les chirurgiens-dentistes diplômés sur le même pied que les médecins.

Quant aux dentistes non diplômés que, dans la profession, on appelle les « patentés », ils ne peuvent pas pratiquer l'anesthésie sans la présence d'un médecin. Dans ces conditions, le syndicat des dentistes diplômés incriminait l'arrêté ministériel précité du 12 mai 1917, parce qu'au lieu d'interdire complètement aux « patentés » de se faire délivrer des substances anesthésiques, il les y a autorisés, en n'excluant que le chloroforme, qui, en aucun cas, ne peut être délivré à un dentiste non diplômé.

Le pourvoi était donc double, puisque, d'une part, il était dirigé par les chirurgiens-dentistes diplômés contre les restrictions qui leur sont imposées, et, d'autre part, il incriminait la liberté laissée aux dentistes non diplômés de se procurer des produits anesthésiques.

Mais le Conseil d'Etat, sur le rapport de M. Porché et conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Mazerat, a rejeté la requête du syndicat des chirurgiens-dentistes.

L'arrêt porte en effet que le décret de 1916, qui est un règlement d'administration publique, n'a pas excédé les limites de la délégation législative en vertu de laquelle il est intervenu. D'autre part, le Conseil d'Etat a estimé que si certaines substances anesthésiques peuvent être délivrées aux dentistes non diplômés, en vertu de l'arrêté ministériel de 1917, cette mesure n'a pas pour effet de lever l'interdiction qui est faite à ces derniers par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé.

(*Le Temps*, 4 janvier 1921).

IL N'Y AVAIT PAS CONTREFAÇON

En 1913, le docteur Foveau de Courmelles publiait, dans le *Bulletin des Chirurgiens-Dentistes*, un article sur l'identification des cadavres par les os et rappelait que, grâce à cette méthode, Magitot avait pu établir que le squelette trouvé dans le cimetière de Sainte-Marguerite ne pouvait être que celui de Louis XVII.

Le docteur Amoëdo protesta et affirma que les conclusions reproduites étaient de lui.

Malgré une rectification immédiate, il assigna le docteur Foveau de Courmelles en 10.000 francs de dommages-intérêts, comme contrefacteur devant la 3e chambre du tribunal.

Après plaidoiries de Mes Mayer et Adrien Peytel, le tribunal, se rangeant à la thèse de ce dernier, a débouté M. Amoëdo de sa demande.

(L'*Œuvre* du 6 mars 1921).

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. L. Eilertsen, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'avoir la douleur de perdre sa femme après une longue et cruelle maladie.

Nous lui exprimons nos sincères condoléances.



M. le Prof. Sebileau vient d'être éprouvé par la perte de sa mère, Mme Vve Armand Sebileau, décédée le 31 mars 1921, dans sa 86e année.

Nous le prions d'agréer nos condoléances et l'expression de nos regrets.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous avons omis de mentionner, dans notre dernier numéro, parmi les nominations de chevalier de la Légion d'honneur, celle du Dr Julien Tellier, de Lyon, un de nos principaux collaborateurs. Dégagé de toute obligation militaire, il a rendu pendant la guerre de signalés services dans plusieurs formations sanitaires importantes, donnant l'exemple du dévouement le plus désintéressé.

Nous adressons à notre confrère nos très vives félicitations en nous excusant de ne pas avoir annoncé sa nomination plus tôt.



Dans la promotion du 16 mars, insérée à l'*Officiel* du 13 avril, nous relevons la nomination de notre confrère M. le Dr Frison Léon-Auguste, médecin-major de 2e classe au 6e corps d'armée, au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F. et Directeur de l'Ecole odontotechnique.

Exercice de l'art dentaire en France par les médecins et chirurgiens-dentistes alsaciens-lorrains. — La Chambre des députés a adopté, dans sa 1re séance du 31 mars, les deux articles du

projet de loi voté par le Sénat le 15 février, accordant le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire français aux médecins et chirurgiens-dentistes alsaciens-lorrains réintégrés dans la nationalité française.

Nous avons signalé dans notre numéro de mars, page 182, le vote de ces articles par le Sénat. Seul, l'art. 3, relatif aux *dentistes*, reste en suspens.

Ecole dentaire en Pologne. — La *Kronika Dentystyczna* de juillet-décembre 1920 (p. 124) annonce que le 17 février 1920 le ministre de la Santé publique de Pologne a décidé la création d'une école dentaire.

Association dentaire britannique. — Le Congrès annuel de l'Association dentaire britannique aura lieu à Bath les 22, 23 et 24 juin 1921.

Nouveaux confrères. — Le 1er numéro du *Fanion Médical* publie les statuts de l'*Association Mutuelle du Corps de Santé de l'Avant* dont il est l'organe mensuel.

Rappelons que cette Association, dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, a pour but de venir en aide aux veuves, orphelins, mutilés de guerre du Corps de Santé et que les adhésions et dons sont reçus au Secrétariat général, 16, rue de Téhéran, Paris-8e.

***

Nous avons reçu le premier numéro de *The Dental Science Journal of Australia* (le Journal de la Science dentaire d'Australie) publié mensuellement à Sydney.

Nous avons reçu le premier numéro du *Bulletin odontologique de Bourgogne et de Franche-Comté,* organe officiel de l'Association syndicale des dentistes de Bourgogne et de Franche-Comté, publié à Dijon.

Nous souhaitons bonne chance à ces nouveaux confrères.

Naissances. — M. et Mme Henri Poulet, de Moulins, nous font part de la naissance de leur fils André.

Nous leur adressons nos félicitations.

M. et Mme Robert Dexant, de Montluçon, nous annoncent la naissance de leur fils Gérard.

Syndicat des dentistes du département du Loiret. — Nous apprenons la fondation, à la date du 1er janvier dernier, du *Syndicat des dentistes du département du Loiret*, avec Siège social chez le président, M. Bert, 5, rue Alsace-Lorraine, Orléans.

L'élément féminin à l'Université de Paris. — En 1915, il y avait 75 étudiantes en pharmacie ; ce nombre s'est élevé à 152 en 1920, y compris les herboristes. Pendant cette même période, le nombre des étudiantes inscrites à la Faculté des sciences a passé de 207 à 427 et le nombre de celles inscrites à la Faculté de médecine de 213 à 512.

(*La Pharmacie Française*, mars 1921.)

Mariages. — Nous apprenons le mariage de Mlle Claire Gelma, fille de notre confrère M. J. L. Gelma, avec M. le Dr Daniel Alick, célébré le 10 avril.

Nous apprenons également le mariage de Mlle R. Bassot, chirurgien-dentiste, fille de notre confrère M. F. Bassot, avec M. J. Basin, architecte.

Nous apprenons aussi le mariage de M. Roger Alizon avec Mlle Renée Simonin, tous deux étudiants à l'Ecole dentaire de Paris.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

DERNIÈRE HEURE

Manifestation professionnelle.

La manifestation en l'honneur de la promotion ou de la nomination de MM. Godon, P. Martinier et Roy dans la Légion d'honneur que nous avons annoncée dans notre dernier numéro a eu lieu le 16 avril au Palais d'Orsay avec le plus grand succès.

Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro.

41e ANNÉE. N° 5. 30 MAI 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ABCÈS BUCCO-DENTAIRES

Par le Dr JOSEPH MENDEL,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 7 décembre 1920).

Les collections purulentes qui se développent dans la région alvéolo-dentaire peuvent avoir, sauf rares exceptions, deux origines distinctes. Les unes représentent l'aboutissant d'un état infectieux péri-apéxien dû à l'extension de l'infection pulpaire : c'est le grand groupe des abcès alvéolo-dentaires dont vous connaissez les nombreuses modalités de forme, d'évolution, de gravité. Les autres, moins fréquentes, relèvent d'une infection extra-dentaire, qu'il s'agisse d'une effraction accidentelle de la muqueuse gingivo-buccale ou d'un épisode aigu greffé sur une lésion chronique telle que la pyorrhée alvéolaire.

Au point de vue pratique, cette distinction d'origine est importante, car l'acte opératoire variera essentiellement dans les deux cas. En effet, tandis que dans le premier cas il s'agit de traiter la dent malade, dans l'autre, au contraire, le traitement portera uniquement sur la lésion de la gencive. Or, si le diagnostic pathogénique est d'ordinaire facile dans les abcès d'origine dentaire, il n'en est pas ainsi dans ceux d'origine gingivale. On cède facilement à la tentation d'accuser la dent qui avoisine le foyer purulent, surtout si elle est atteinte de carie, et l'erreur est plus d'une fois commise.

Je voudrais aujourd'hui vous signaler un procédé simple et commode destiné à faciliter le diagnostic dans ces cas embarrassants. Il s'agit de ponctionner la collection purulente, de prélever une goutte d'exsudat, de faire un frotti et de le colorer, soit au Gram-Ziel, soit avec une solution diluée de violet de gentiane phéniquée. On examinera la préparation au microscope.

Les nombreux examens que je fais m'ont permis de formuler une règle générale que voici :

a) *Dans les abcès d'origine dentaire on ne trouve jamais de spirochètes.*

b) *Dans les abcès à point de départ gingival on trouve toujours des spirochètes.*

Rien n'est plus aisé que ce moyen de diagnostic, ni plus accessible aux moins initiés aux travaux de laboratoire. Il nous apporte un renseignement précis ; il peut nous éviter des hésitations, des tâtonnements, des erreurs. Quelques faits cliniques, de date récente, vous montreront la valeur de ce procédé :

1° Avant de partir en vacances, j'ai reçu une dame qui souffrait d'un abcès situé dans la région vestibulaire au niveau de la canine inférieure gauche. La dent était fort douloureuse, très mobile, la muqueuse tuméfiée, enflammée, fluctuante, dénotant la présence de pus. Cette dent portait à la face distale une carie de second degré, peu profonde, que j'ai obturée il y a un an à l'aide d'un synthétique. J'avais la quasi-certitude que la pulpe n'était pas touchée ; pourtant une certaine hésitation subsistait, car les synthétiques sont coupables de bien des méfaits. J'ai eu alors recours à l'examen microscopique du pus et j'y ai reconnu la présence de nombreux spirochètes J'en ai conclu à l'origine gingivale de la lésion, et les résultats du traitement ont pleinement confirmé ce diagnostic.

2° J'ai reçu, il y a trois semaines, un patient souffrant d'un abcès au niveau de l'incisive latérale inférieure droite. Voici ce qu'il me raconta : dix jours auparavant il s'aperçut que la gencive s'était mise à gonfler très rapidement. Souf-

frant beaucoup, il alla consulter son dentiste habituel, qui lui déclara qu'il s'agissait probablement d'une mortification pulpaire de cause traumatique et fit faire une radiographie : celle-ci a révélé un point douteux au niveau de l'apex. Se basant sur ce fait, le confrère préconisa la trépanation de la dent et la résection apicale. Ce malade hésita et, sur le conseil de son médecin, vint me trouver. L'examen clinique m'a donné l'impression que nous n'étions pas en présence d'une complication d'origine pulpaire. Cette impression s'est affirmée par l'examen microscopique du pus de l'abcès prélevé aseptiquement : j'y ai trouvé de nombreux spirochètes. La suite du traitement et l'observation ultérieure du malade ont démontré qu'il s'agissait bien d'une infection gingivale.

3° Cette observation, quoique d'un ordre un peu différent, montre nettement l'importance de l'examen du pus dans l'établissement du diagnostic. Je travaillais, il y a quinze jours, au laboratoire du Dr Salimbini lorsque le médecin assistant de l'Hôpital Pasteur amena un malade atteint d'un phlegmon ligneux du cou, très typique, d'origine X. Ce jeune médecin, ayant obtenu, il y a quelque temps, dans un cas analogue, un bon résultat par la vaccination anti-staphylococcique, voulut essayer de nouveau le même traitement. Après avoir examiné le malade, je penchais vers une infection d'origine buccale. L'interrogatoire nous apprit que trois semaines auparavant le malade s'était fait enlever la première molaire inférieure du côté correspondant au phlegmon. Après l'extraction, la plaie semblait guérir rapidement, mais, quinze jours plus tard, le cou commençait à enfler pour atteindre l'état actuel.

Au-dessous du menton existait un petit foyer de ramollissement ; la fluctuation y était nette. Nous fîmes une ponction et ramenâmes un peu de pus ; un frotti fut fait, coloré au Gram-Ziel, et l'examen a permis de constater, au milieu d'autres germes, la présence de nombreux spirochètes. L'origine buccale de l'infection paraissait évidente.

Nous avons renoncé au traitement anti-staphylococcique et dirigé le malade vers un service de chirurgie.

DES MALPOSITIONS DENTAIRES CONSÉCUTIVES A L'AMPUTATION DE LA LANGUE

Par le Dr Léon FREY,

Chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 27 juillet 1920.)

Il est reconnu que la dent, dans sa structure, dans sa forme, est, comme l'alvéole, comme le maxillaire, sous la dépendance prédominante du *facteur mécanique*. Les derniers travaux de Retterer sur l'émail, l'ivoire et le cément en sont une confirmation éloquente.

C'est ce même facteur mécanique qui détermine la direction de la dent ; inutile de vous rappeler à cet égard les travaux de Godon et de G. Villain.

Parmi les éléments qui constituent ce facteur mécanique, l'équilibre de la musculature (muscles des joues, des lèvres, muscles masticateurs et langue) tient un rôle de tout premier plan. Que cet équilibre soit rompu, les dents se dévient : les respirateurs buccaux en sont une illustration clinique remarquable.

Je ne sache pas qu'on ait encore signalé l'influence de l'*amputation totale ou partielle de la langue* sur les déviations dentaires. En voici deux observations :

Le général X... subit l'amputation totale de la langue atteinte de cancer ; six mois après, il vient nous trouver au Val-de-Grâce, parce que les dents inférieures qui lui restent (incisives, canines et prémolaires ; — il n'a plus ses molaires) — se sont peu à peu inclinées en linguo-version.

Il s'en est rendu compte lui-même par la difficulté de plus en plus grande qu'il éprouve pour mastiquer. Les couronnes semblent avoir subi une sorte d'aspiration vers le plancher buccal ; elles se sont inclinées vers lui en se bousculant réciproquement, en chevauchant les unes sur les autres. Notez que toutes ces dents restent solidement implantées, sans la moindre manifestation de pyorrhée, sauf d[5] très ébranlée que je suis obligé d'extraire. Mon très distingué collègue Frossard, assistant du service, exécute en deux mois un redressement parfait, en excellente occlusion et le général X... nous quitte avec une attelle linguale de maintien en vulcanite.

Nous ne pouvons invoquer que le déséquilibre musculaire, dû à l'absence de la langue, pour expliquer cette déviation dentaire.

Le soldat Y..., de l'infanterie coloniale, a perdu par éclat d'obus tout le segment médian de son maxillaire inférieur et les deux tiers antérieurs de sa langue. Pendant que nous redressons les deux fragments latéraux et que nous établissons la prothèse restauratrice, nous constatons qu'à la mâchoire supérieure, restée indemne, molaires, prémolaires, canines (pas les incisives), toutes dents saines, s'inclinent en linguo-version. Le Dr Frossard en fait le redressement rapide avec autant de succès et d'habileté que dans le cas précédent.

Ici le déséquilibre musculaire, dû à la fois à la mutilation mandibulaire et à l'amputation linguale partielle, nous donnera encore l'explication de la déviation dentaire.

J'ajouterai cependant que, pour permettre à ce déséquilibre d'amener si rapidement de telles déviations, *il faut un terrain*. Il doit se produire ici une *ostéo-alvéolite raréfiante trophique en rapport avec le traumatisme opératoire dans le premier cas, avec le traumatisme balistique dans le second cas*. Ces raréfections osseuses trophiques chez les traumatisés ne sont pas encore bien connues, mais j'en ai vu, au cours de la guerre, de nombreux cas, au

membre supérieur en particulier, dans le service de radiographie du Val-de-Grâce, chez le Dr Aimé ; je crois donc devoir invoquer ici leur influence prédisposante.

Quoi qu'il en soit, tirons de ces deux observations une conclusion immédiatement pratique : chirurgiens et dentistes, méfiez-vous des linguo-versions dentaires chez les amputés de langue (amputations partielles ou totales), disposez *préventivement* l'attelle de maintien ; dans l'amputation partielle, je vous engage même à faire l'attelle avec un épaississement qui permettra au moignon lingual de trouver un point d'appui ; cet appui facilite considérablement la parole. C'est ce que j'ai vu faire fort judicieusement par G. Villain, chez un de nos malades communs.

Cette prothèse, pour parer aux conséquences du déséquilibre musculaire, est, à mon sens, une contribution intéressante à ce gros chapitre de la *prothèse préventive* dont Ruppe et moi nous avons entretenu nos confrères au Congrès inter-alliés de 1916.

MÉLANGES RÉFRACTAIRES A BASE DE PLATRE

Par Ch. BENNEJEANT,

Chirurgien-dentiste, docteur en médecine, licencié ès sciences.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 7 décembre 1920.)

Weston Price *(Dental Cosmos*, 1911*)* a fixé en une étude approfondie les différents retraits qui s'additionnent au cours de la coulée des métaux à cire perdue. En résumé :

1° Retrait linéaire des cires de coulée allant de 0,6 à 2,3 0/0 ;

2° Retrait des mélanges de revêtement ;

3° Variation de volume provenant :

a) Du passage du métal de l'état liquide à l'état solide. Pour l'or : retrait de 1,64 0/0.

b) Du passage du métal de la température de solidification à la température ordinaire. Pour l'or retrait de 2,20 0/0.

La qualité primordiale d'un mélange de revêtement doit donc être un *retrait minimum* afin de diminuer les changements de dimensions du moule de coulée provenant de ce fait.

A cela doit s'ajouter une *ténacité suffisante* pour que le moule ne se déforme pas ou qu'il ne s'effrite pas pendant les diverses opérations du coulage.

Enfin autre qualité essentielle, il doit offrir une *grande perméabilité aux gaz*. L'atmosphère gazeuse renfermée par le moule doit pouvoir s'écouler rapidement au travers du mélange sous la pression du métal. Il faut satisfaire à trois séries parallèles d'essais pour répondre à ces qualités.

Le RETRAIT LINÉAIRE m'a été donné par deux mensurations avant et après chauffage des éprouvettes au brûleur durant un quart d'heure. L'épaisseur mesurée était de plus de 0^{m}01, tandis que l'instrument de mensuration appréciait 0^{m}00001. L'écart trouvé était rapporté par calcul à 100.

J'ai déterminé la TÉNACITÉ des mélanges réfractaires à essayer, par leur *charge de rupture* à la flexion. Une éprouvette était placée sur deux appuis et chargée en son

milieu d'un seau qu'on remplissait progressivement d'eau jusqu'à rupture. Les conditions de cet essai étaient rigoureusement les mêmes pour toutes les éprouvettes, à seule fin d'en comparer les divers résultats. Pour chaque proportion de mélange deux éprouvettes étaient essayées, l'une environ 1 heure après le moulage, l'autre après avoir subi une cuisson d'un quart d'heure à la flamme d'un brûleur. La charge de rupture était donnée par la relation :

$$= 1{,}5 \frac{P\,l}{b\,d}$$

P = charge en kilogrammes, l = longueur en centimètres de l'éprouvette, b = largeur en centimètres de l'éprouvette, d = hauteur en centimètres de l'éprouvette, 1,5 = coefficient d'élasticité du plâtre.

La charge de rupture obtenue était exprimée en kilogs par centimètre carré.

Les mélanges réfractaires essayés n'étaient pas complexes, trois composants seulement : matière réfractaire, plâtre et eau. Mais comme la *teneur en eau* faisait varier dans de grandes proportions la charge de rupture, j'en ai fixé la teneur à 35,3 pour 100 de mélange.

C'est la quantité normale nécessaire pour l'hydratation de 100 parties de plâtre. Pour le plâtre pur cette variation de la teneur en eau faisait varier la charge *de rupture du simple au double* (fig. 1). La *qualité du plâtre* intervient également et modifie beaucoup les résultats. J'ai donc employé un même plâtre pour tous les essais, qui m'a donné avec 35,3 o/o d'eau une charge de rupture assez uniforme de 16 kilogs 039 par centimètre carré.

La PERMÉABILITÉ AUX GAZ fut d'observation particulièrement délicate et je n'ai réalisé cet essai qu'imparfaitement, en mesurant le temps nécessaire pour qu'un même volume d'air, comprimé à une atmosphère, revienne à la pression extérieure en s'écoulant par un bouchon assez mince de matière réfractaire. Cet essai nécessite un outillage plus complet que celui dont je disposais. Les résultats

n'en sont pas rigoureux. J'ai pu constater cependant que les mélanges plâtre-silice pour un même pourcentage étaient plus perméables que les mélanges plâtre-silicates et parmi ceux-ci que les mélanges plâtre-ponce l'étaient le plus.

Dans la question de la perméabilité aux gaz intervient aussi, et c'est là surtout qu'il faudrait faire des recherches, la *composition granulométrique* de la matière réfractaire. Il semble que plus une matière réfractaire a de grains petits, moins elle est perméable. Théoriquement une même substance réfractaire, qu'elle soit à gros grains ou à petits grains, laisse un même espace entre les grains,

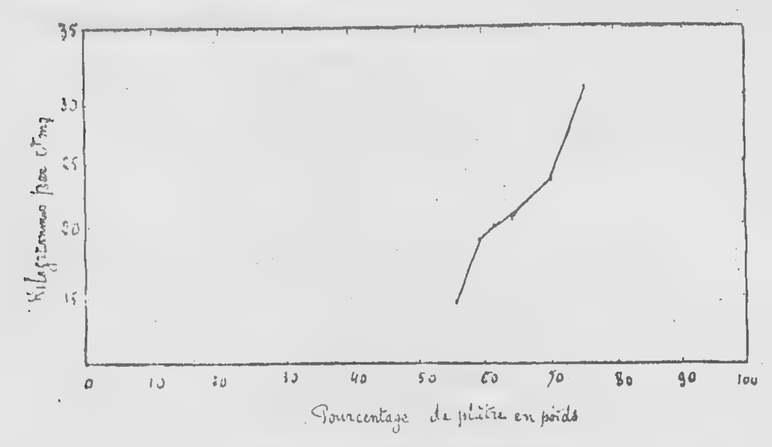


Fig. 1. — Résistance à la flexion des mélanges plâtre-eau.

mais pratiquement la résistance au passage des gaz est beaucoup plus grande avec les petits grains.

Dans l'industrie il existe trois principales variétés de matières réfractaires suivant le composant qu'elles renferment : alumine, magnésie et silice. Les produits commerciaux sont loin d'être purs, mais comme ce sont ceux dont nous disposons, c'est à eux qu'il faut demander les essais. Voyons comment chaque variété se comporte avec le plâtre.

Mélanges alumineux.

Mélanges ocre-plâtre. — L'ocre est formée d'alumine colorée par une assez forte teneur en oxyde de fer. Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 5 o/o =

8 kil. 700 ; 10 o/o = 8 kil. 512 ; 15 o/o = 8 kil. 400 ; 20 o/o = 8 kil. 217 ; 30 o/o = 6 kil. 907 ; 35 o/o = 5 kil. 880.

Après cuisson les éprouvettes ont été si friables qu'il n'a pas été possible de leur faire subir l'essai de flexion. Leurs surfaces étaient couvertes de fendillements.

Le retrait linéaire o/o à été de : o/o = 3,8 ; 5 o/o = 5,7 ; 10 o/o = 4,6 ; 15 o/o = 3,4 ; 20 o/o = 3,9 ; 30 o/o = 2,3 ; 35 o/o = 1,8.

En résumé gros retrait et absence de ténacité.

Mélanges émeri-plâtre. — L'émeri est formé d'alumine sous forme de corindon, colorée par une petite quantité d'oxyde de fer.

Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 10 o/o = 11 kil. 715 ; 20 o/o = 7 kil. 065 ; 30 o/o = 6 kil. 480 ; 40 o/o = 5 kil. 580 ; 50 o/o = 5 kil. 194.

Après cuisson les éprouvettes étaient si fendillées qu'elles ne purent pas subir l'essai de flexion. Le retrait linéaire o/o était : 10 o/o = 3,8 ; 20 o/o = 2,8 ; 30 o/o = 9,7 ; 5 o/o = 3,9.

Comme ces mélanges renfermaient manifestement un excès croissant d'eau, une nouvelle série a été entreprise en limitant la quantité d'eau à celle nécessaire pour l'hydratation du plâtre du mélange.

On a ainsi obtenu pour les éprouvettes crues à l'essai de flexion : 10 o/o = 28 kil. 575 ; 20 o/o = 23 kil. 250 ; 30 o/o = 19 kil. 500. Cuites, les éprouvettes furent tellement fendillées qu'elles ne purent pas subir l'essai de flexion. Le retrait oscille entre 3 et 1,5 o/o. Au delà de 30 o/o on est obligé d'ajouter une faible quantité d'eau à celle nécessaire pour l'hydratation du plâtre. Les résultats ne sont pas améliorés pour cela.

En résumé retrait linéaire o/o élevé et ténacité nulle après cuisson.

Les mélanges plâtre-alumine n'ont aucune ténacité après cuisson et ils possèdent un retrait élevé.

Mélanges magnésiens.

Mélanges carbonate de magnésie-plâtre. — Les mélanges exigent à partir de 30 o/o une quantité d'eau beau-

coup plus grande que celle fixée. Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 10 o/o = 14 kil. 361 ; 20 o/o = 11 kil. 025 ; 30 o/o = 9 kil. 562.

Après cuisson : 10 o/o = 3 kil. 795 ; 30 o/o = 1 kil. 890. Le retrait oscille entre 3,4 et 1,5. Les charges de rupture élevées observées jusqu'à 30 o/o semblent dues au fait que le plâtre est hydraté par un minimum d'eau, la magnésie l'absorbant en grande partie. En fournissant l'eau réclamée par le mélange les charges de rupture deviennent moindres.

Les mélanges plâtre-magnésie ont une certaine ténacité, mais leur retrait est élevé.

Mélanges siliceux.

Mélanges tripoli-plâtre. — Le tripoli est composé surtout de silice avec, comme impuretés, de l'argile et de l'oxyde de fer.

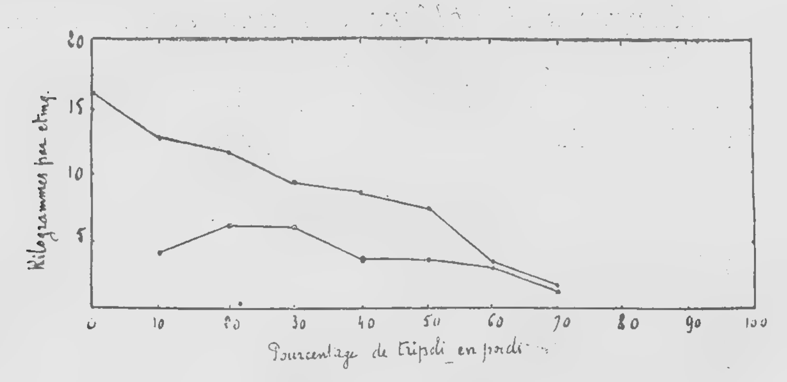


Fig. 2. — Résistance à la flexion tripoli-plâtre (35,3 parties d'eau pour 1000 de mélange.)

La ligne supérieure indique les charges de rupture sur éprouvettes crues la ligne inférieure, sur éprouvettes cuites.

Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion (fig. 2) : 10 o/o = 12 kil. 825 ; 20 o/o = 11 kil. 475 ; 30 o/o = 9 kil. 412 ; 40 o/o = 8 kil. 325 ; 50 o/o = 7 kil. 470 ; 60 o/o = 3 kil. 345 ; 70 o/o = 1 kil. 803.

Après cuisson des éprouvettes identiques ont donné : 10 o/o = 4 kil. 198 ; 20 o/o = 6 kil. 007 ; 30 o/o = 6 kil. 075 ;

40 o/o = 3 kil. 802 ; 50 o/o = 3 kil. 630 ; 60 o/o = 3 kil. 330 ; 70 o/o = 1 kil. 545.

Le retrait linéaire o/o observé a été de : 10 o/o = 2,9 ; 20 o/o = 1,6 ; 30 o/o = 0,8 ; 40 o/o = 0,43 ; 50 o/o = 0,35 ; 60 o/o = 0,8 ; 70 o/o = 0,17.

En résumé bonne ténacité après cuisson et retrait faible.

Mélanges silice cristalline-plâtre. — Ce sont les mélanges de revêtement du commerce. A l'analyse de 2 revêtements j'ai trouvé :

	Revêtement de marque anglaise	de marque allemande,
Plâtre..........	34	26
Silice cristalline.	66	74

Une éprouvette du revêtement de marque anglaise m'a donné crue : 6 kil. 817 comme charge de rupture. Une semblable éprouvette cuite 1 kil. 687. Le retrait linéaire o/o était de 0,9.

Les mélanges silice-plâtre ont une bonne ténacité après cuisson et un retrait faible.

Mélanges kaolin-plâtre (fig. 3). — Le kaolin est formé par du silicate d'alumine à peu près pur.

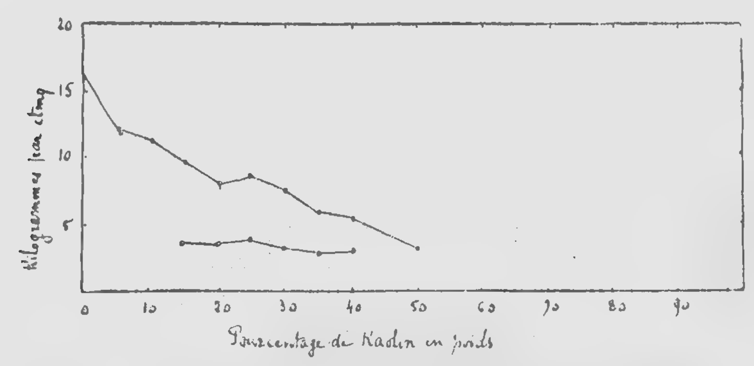


Fig. 3. — Résistance à la flexion des mélanges kaolin-plâtre.
(35,3 parties d'eau pour 100 de mélange).

La ligne supérieure indique les charges de rupture sur éprouvettes crues ; la ligne inférieure, sur éprouvettes cuites.

Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 5 o/o = 11 kil. 955 ; 10 o/o = 11 kil. 169 ; 15 o/o = 9 kil. 195 ; 20 o/o = 7 kil. 605 ; 25 o/o = 8 kil. 625 ; 30 o/o = 7 kil. 515 ;

35 o/o = 5 kil. 910 ; 40 o/o = 5 kil. 325 ; 50 o/o = 3 kil. 150.

Cuites, des éprouvettes ont donné : 15 o/o = 3 kil. 750 ; 20 o/o = 3 kil. 600 ; 25 o/o = 3 kil. 825 ; 30 o/o = 3 kil. 135 ; 35 o/o = 2 kil. 700 ; 40 o/o = 2 kil. 850.

Le retrait linéaire o/o observé a été de : 15 o/o = 3,0 ; 20 o/o = 2,5 ; 25 o/o = 1,5 ; 35 o/o = 1,6 ; 40 o/o = 1,5 ; 50 o/o = 1,3 ; 60 o/o = 0,9 ; 70 o/o = 0,7.

En résumé ténacité médiocre après cuisson et retrait médiocre.

Mélanges ponce-plâtre (fig. 4). — La ponce est un sili-

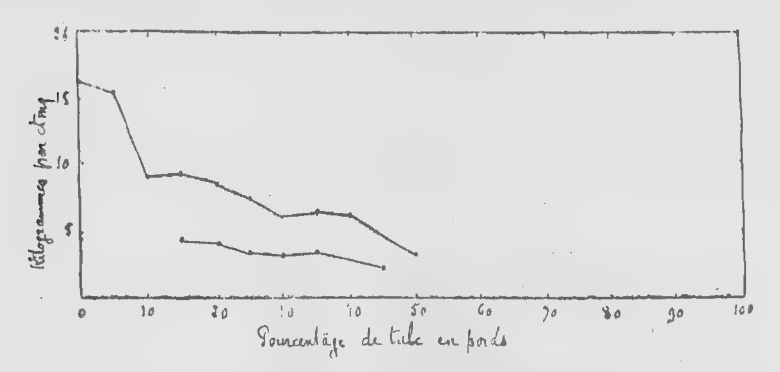


Fig. 4. — Résistance à la flexion des mélanges ponce-plâtre, (35,3 parties d'eau pour 100 de mélange.)

La ligne supérieure indique les charges de rupture sur éprouvettes crues ; la ligne inférieure, sur éprouvettes cuites.

cate double d'alumine et de potasse provenant de la décomposition de l'orthose.

Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 10 o/o = 13 kil. 995 ; 20 o/o = 11 kil. 677 ; 30 o/o = 11 kil. 635 ; 40 o/o = 11 kil. 047 ; 50 o/o = 8 kil. 265 ; 60 o/o = 5 kil. 985 ; 70 o/o = 3 kil. 810.

Après cuisson des éprouvettes ont donné : 20 o/o = 3 kil. 600 ; 30 o/o = 5 kil. 250 ; 40 o/o = 4 kil. 050 ; 50 o/o = 3 kil. 135 ; 60 o/o = 2 kil. 700 ; 70 o/o = 1 kil. 900.

Le retrait linéaire o/o observé a été de : 10 o/o = 3,1 ; 20 o/o = 2,5 ; 30 o/o = 2,0 ; 40 o/o = 1,3 ; 50 o/o = 1,1 ; 60 o/o = 0,6 ; 70 o/o = 0,4.

En résumé bonne ténacité et retrait assez faible.

Mélanges talc-plâtre (fig. 5). — Le talc est un silicate de magnésie.

Crues, les éprouvettes ont donné à l'essai de flexion : 5 0/0 = 15 kil. 420 ; 10 0/0 = 8 kil. 700 ; 15 0/0 = 9 kil. 000 ; 20 0/0 = 8 kil. 205 ; 25 0/0 = 7 kil. 545 ; 30 0/0 = 6 kil. 315 ; 35 0/0 = 6 kil. 907 ; 40 0/0 = 6 kil. 660 ; 50 0/0 = 3 kil. 200.

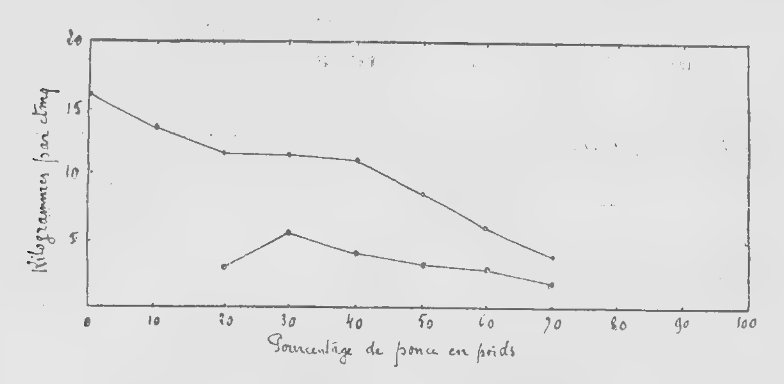


Fig. 5. — Résistance à la flexion des mélanges talc-plâtre.
(35.3 parties d'eau sur 100 de mélange.)

La ligne supérieure indique les charges de rupture sur éprouvettes crues ; la ligne inférieure, sur éprouvettes cuites.

Après cuisson des éprouvettes ont donné : 15 0/0 = 4 kil. 485 ; 20 0/0 = 4 kil. 170 ; 25 0/0 = 3 kil. 150 ; 30 0/0 = 3 kil. 135 ; 35 0/0 = 3 kil. 160 ; 40 0/0 = 4 kil. 000 ; 45 0/0 = 2 kil. 250.

Le retrait linéaire 0/0 : 5 0/0 = 2,4 ; 10 0/0 = 2,1 ; 15 0/0 = 2,3 ; 20 0/0 = 2,4 ; 30 0/0 2,3 ; 40 0/0 = 2,3 ; 50 0/0 = 2,0.

En résumé ténacité passable après cuisson et retrait élevé.

Des mélanges silicate-plâtre, le mélange ponce-plâtre est encore celui qui se rapproche le plus du mélange silice-plâtre par sa bonne ténacité après cuisson et son assez faible retrait.

MASQUE A CHLORURE D'ÉTHYLE DU Dr HOUZEL

Par Ch. Guebel,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 5 octobre 1920.)

J'ai l'honneur de vous présenter ce soir le masque pour anesthésie générale du Dr Houzel. Ce masque, qui permet d'administrer soit le chloroforme, soit le chlorure d'éthyle, n'a pas été construit spécialement pour la chirurgie dentaire ; néanmoins il présente pour nous de tels avantages que je n'ai eu qu'à demander au Dr Houzel de vous le présenter pour qu'il m'en accordât aussitôt l'autorisation.

Le chlorure d'éthyle est devenu dans notre profession d'un usage tellement courant que je m'abstiendrai de vous en faire l'historique et l'exposé chimique. Quelques points de physiologie néanmoins retiendront mon attention.

Au début d'une anesthésie par le chlorure d'éthyle, la respiration est toujours accélérée. La légère irritation causée par le chlorure d'éthyle sur la muqueuse du larynx excite le laryngé inférieur, puis par retour le pneumogastrique, d'où accélération des mouvements respiratoires.

Cette excitation du pneumogastrique a aussi pour effet d'abaisser la pression artérielle et de diminuer la fréquence du pouls.

Au point de vue de son action sur le système nerveux on peut diviser cette anesthésie en trois périodes :

D'abord une période analgésique qui commence à la 2e ou 3e inspiration ; la sensibilité du patient est atténuée, cependant il ne dort pas, ses muscles se contractent. Pendant cette période, qui d'ordinaire est courte, on peut avoir une assez forte crise d'excitation. Je vous indiquerai plus loin la façon de réduire à néant ou à presque rien cette phase d'excitation.

De là nous passons au sommeil confirmé avec résolution musculaire. Enfin une période analgésique de retour, souvent accompagnée d'une nouvelle crise d'excitation.

Voyons maintenant la technique suivie jusqu'à présent pour l'administration du chlorure d'éthyle. Je ne cite que pour mémoire les anesthésies à la compresse, procédé anti-scientifique où l'on est incapable de savoir ce que l'on donne à son patient.

Le premier masque sérieux a été celui de Field Robinson.

Son inconvénient majeur est de laisser arriver brusquement une trop grande quantité de vapeurs de chlorure d'éthyle en contact avec l'arbre pulmonaire. D'où suffocation du patient, défense, combat avec l'opérateur, enfin anesthésie souvent dramatique.

Ensuite parmi de nombreux appareils celui qui marque le plus grand progrès est celui du Dr Camus. Cet appareil a pour but de conserver le chlorure d'éthyle à l'état liquide dans le masque et diminue aussi la vitesse d'évaporation.

Nous trouvons ensuite de nombreux masques qui ne marquent aucun progrès et nous arrivons à la modification du masque de Camus. Cet appareil, judicieusement manié, nous donne des anesthésies parfaites, grâce à la possibilité où nous sommes d'administrer notre chlorure d'éthyle lentement. Il en sera de même avec le masque du Dr Houzel.

Il est nécessaire en effet de ne pas agir pas doses massives. Le Dr Camus nous a prouvé que l'excitation est facteur de la vitesse d'imprégnation de la cellule nerveuse.

Au début d'une anesthésie la respiration étant accélérée, nous devons éviter cette suractivité en ne laissant arriver que peu de vapeurs à la fois. De la sorte nos cellules nerveuses seront imprégnées lentement et ne réagiront pas.

L'appareil du Dr Houzel nous permet de donner notre chlorure d'éthyle à la vitesse que nous désirons :

D'abord très lentement, goutte à goutte, un peu plus vite dès que la phase d'excitation est passée, lentement à nouveau si nous voulons prolonger l'anesthésie. L'avantage qu'il a sur le Camus est que nous pouvons nous servir d'ampoules de 30 ou 45 cc. dont nous n'utiliserons que la fraction nécessaire.

La Société des Usines du Rhône a construit pour ce masque des ampoules de Kélène de 30 ou 45 cc. avec pas de vis spé-

cial permettant de les fixer sur le masque d'une façon rigide. Une gradation du tube à l'envers permet à chaque instant de contrôler exactement la quantité de chlorure employée.

Voici la description du masque Houzel :

Sur la convexité d'un masque américain courant, gros comme un poing, se trouvent quatre modifications :

1° D'un côté, une soupape à expiration d'air réglable par un pas de vis qui, bien serré, bloque hermétiquement ;

2° Au milieu, le branchement d'un réservoir à air confiné. Ce « rebreathing », analogue à celui de l'Ombrédanne et du Camus, est facultatif, car une éclisse, maniable au doigt, ouvre ou ferme la communication avec la vessie ;

3° L'appareil doseur de Kélène. Le robinet doseur est composé d'un cône allongé présentant un petit orifice latéral communiquant, à son extrémité, avec la lumière centrale dudit cône. Actionné par un pas de vis muni d'une presse à étoupe, ce robinet, quand on l'ouvre en desserrant le pas de vis, met en rapport son orifice d'écoulement avec un tube qui engaine sa pointe et qui est fendu dans toute sa longueur. Ce dispositif permet de régler avec douceur et surtout régularité parfaite le débit à la goutte.

Ce robinet est actionné par une molette horizontale dévissant le cône. Cette molette porte en son centre un pas de vis femelle qui permet de visser les ampoules de 10 ou 30 centimètres cubes. L'étanchéité est assurée par une rondelle en caoutchouc.

4° Enfin, l'on trouve encore sur le masque, paramédiane, une soupape d'aspiration se terminant par un tube coudé débouchant dans la chambre d'évaporation des gaz pour, de là, être absorbés par le sujet. Cette soupape supplémentaire, dont l'idée revient à M. Houdard, n'est utilisée que pour l'anesthésie au chloroforme.

Les gouttes, quel que soit l'anesthésique, arrivent sur un feutre contenu par une tête de champignon renversé qui empêche qu'elles ne tombent sur le visage du sujet.

Le débit de l'appareil est contrôlable grâce à un regard en verre que l'anesthésiste a toujours devant les yeux.

Ce dispositif, pour les anesthésies intégrales au chlorure d'éthyle, est complet de la sorte. Si l'on veut pratiquer une narcose combinée, il suffit d'utiliser un flacon de 45 grammes qui se trouve dans la boîte et qui, lui, contiendra l'anesthésique définitif (chloroforme, éther ou mélanges). Le geste consiste, une fois le sujet endormi, à adapter ce flacon sur l'appareil dosimétrique en le vissant sur lui. Le flacon est fermé par un robinet bloqueur vertical qu'il faut légèrement dévisser pour obtenir l'écoulement.

REVUE DES REVUES

DENTS SURNUMÉRAIRES DÉVELOPPÉES DANS L'ORBITE

Par M. F. de Lapersonne,
en collaboration avec MM. Velter et Prélat.

Le cas de dents surnuméraires développées dans l'orbite, que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie, est peut-être unique ; du moins, il ne nous a pas été possible d'en retrouver un semblable dans les recherches bibliographiques que nous avons faites. Il nous a paru intéressant de discuter le diagnostic, qui n'a pu être assuré que grâce à la radiographie, et de nous demander quelles indications thérapeutiques il pouvait comporter.

Voici l'observation très résumée :

La jeune Louise P..., âgée de quinze ans, nous a été présentée à la consultation de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu une première fois au mois d'août 1920 et de nouveau au commencement de janvier 1921 : nous la suivons régulièrement depuis ce moment.

Grande, bien constituée, sans aucun stigmate de syphilis héréditaire ou d'autres maladies constitutionnelles, elle vient consulter pour une exophtalmie de l'œil droit avec troubles de la vision remontant à l'enfance, n'ayant jamais été accompagnés de douleurs ni d'inflammation.

A l'examen on constate que l'œil droit est en exophtalmie peu marquée, mais surtout qu'il est fortement dévié en haut et en dedans ; cette déviation provient d'une paralysie complète des mouvements en bas et en dehors. Il existe en outre un nystagmus oscillatoire qui s'accentue lorsque l'enfant cherche à regarder en bas. Il n'y a pas de troubles pupillaires ; les milieux sont transparents et le fond normal ; la papille en particulier, assez difficile à voir à cause de la déviation en haut et des secousses nystagmiques, ne présente aucune lésion. La réfraction est hypermétropique, sans astigmatisme, et l'acuité visuelle est égale à 0,3 avec sphérique convexe de 2 dioptries.

L'œil gauche, qui est normal, sans exophtalmie, présente d'ailleurs les mêmes secousses nystagmiques, et sa vision est égale à 0,3 + 2 D.

Il n'existe aucun trouble de la musculature des paupières, pas de gêne circulatoire, les veines palpébrales ne sont pas augmen-

tées. La sensibilité des paupières, de la conjonctive et de la cornée est normale. L'exophtalmie n'est ni réductible, ni pulsatile.

La face est un peu asymétrique, il semble que le côté droit de la région maxillaire supérieure est un peu plus saillant. L'exploration de la face, de l'orbite par la palpation ne permet de sentir aucune déformation ; le rebord orbitaire est net dans tout son pourtour, et le doigt ne permet de sentir aucune masse consistante dans l'orbite.

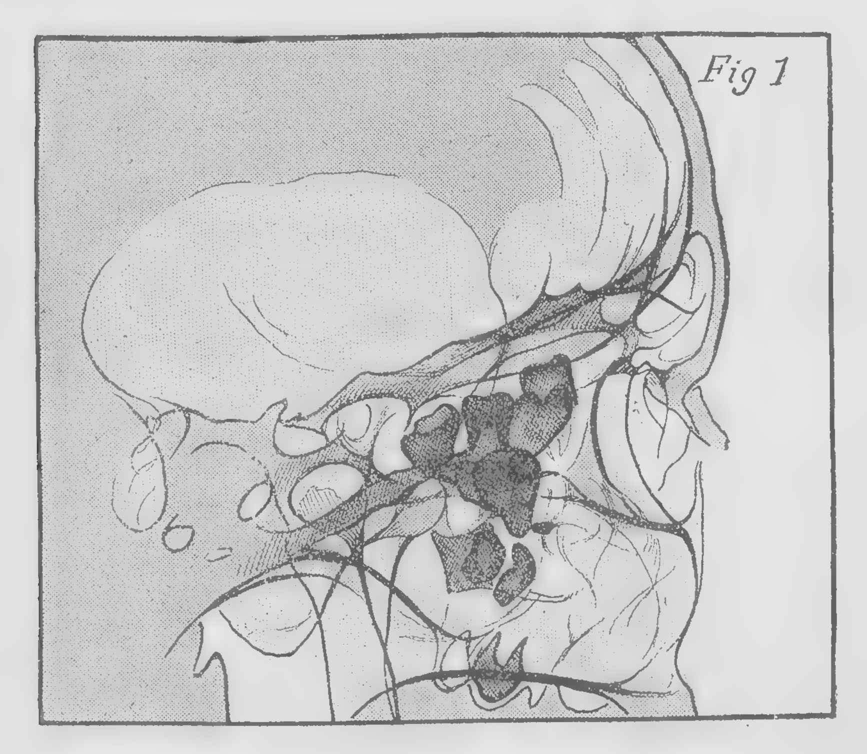


Fig. 1.

L'examen rhinoscopique est négatif ; les fosses nasales sont normales ; à la diaphanoscopie, l'éclairage de la joue droite est normal ; le croissant sous-orbitaire droit est clair, la pupille est lumineuse ; la partie latérale droite de l'ethmoïde est également très claire : il n'existe donc rien d'anormal dans les sinus périorbitaires.

Ajoutons que les urines sont normales, et que le Bordet-Wassermann dans le sang est négatif.

Ces différents examens ne nous ayant pas permis d'arriver à la cause de l'exophtalmie, c'est la radiographie seule qui nous a fait faire le diagnostic précis de cette singulière malformation.

Des épreuves multiples ont été nécessaires de face et de profil ; les diagrammes reproduits ci-contre permettent de se rendre compte assez exactement de ce que nous avons constaté. Sur le profil (fig. 1) on voit la partie postérieure de l'arcade dentaire supérieure droite avec ses grosses molaires normalement développées. Au-dessus commence tout un chapelet de dents surnuméraires, plus ou moins développées, présentant les unes une seule, les autres deux racines ; on reconnaît facilement les parties

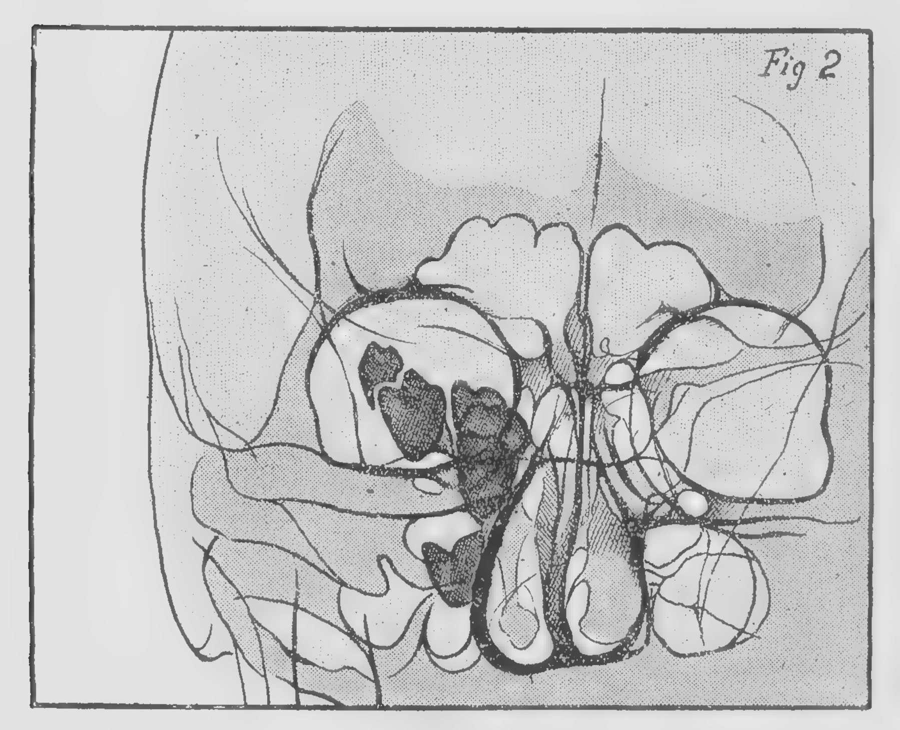


Fig. 2.

constituantes de la dent. Quelques-unes, surtout à la partie inférieure du chapelet, semblent s'entourer d'une gaine fibreuse formant comme une ébauche d'alvéole. Ces dents se présentent dans différentes directions, soit de champ, soit de droite à gauche ou obliques sans aucun ordre. Elles semblent appliquées sur la tubérosité maxillaire.

Arrivé dans le fond de l'orbite, le chapelet forme une accumulation de masses opaques, dans lesquelles il est tout d'abord difficile de se reconnaître.

En examinant les radiographies de profil et de face (fig. 2), on voit que les dents contenues dans l'orbite sont plus volumineuses

et paraissent arrivées à un développement plus complet. Elles occupent la partie profonde de l'orbite et, dans quelques épreuves, en comparant avec le côté opposé, on voit qu'elles ont franchi la partie postérieure de la fente sphéno-maxillaire pour se développer au-dessus du plancher de l'orbite. C'est ce qui explique l'exophtalmie, et surtout la déviation supéro-interne, par suite de la gêne dans le fonctionnement des muscles droits inférieurs et externes.

Il est difficile, d'après les épreuves radiographiques que nous possédons, d'évaluer quel est exactement le nombre de dents surnuméraires développées dans la face et l'orbite. Nous l'estimons approximativement à une douzaine, mais il est possible qu'il y ait un plus grand nombre de germes dentaires disséminés le long de ce chapelet, et surtout dans le bouquet terminal de l'orbite. Ceci a une grande importance au point de vue du développement ultérieur de cette malformation.

La radiographie nous ayant fait reconnaître ces anomalies, il fallait tout de suite se demander s'il n'y avait pas une tumeur solide ou kystique du maxillaire supérieur d'origine dentaire, un adamantinome [1] ou un enclavome [2], suivant les désignations actuelles.

Nous avons vu que la joue ne faisait qu'une très légère saillie, et que la totalité du sinus maxillaire de ce côté était bien éclairable.

D'autre part, nous avons fait examiner cette jeune fille, au point de vue dentaire, par notre excellent confrère Frey, chargé de cours à la Faculté de médecine. Sa réponse a été que la bouche était parfaitement normale ; par des radiographies spéciales des arcades dentaires on a constaté, à gauche et en haut, la présence d'un débris de dent de lait, phénomène banal qui a entraîné la malformation de deux dents permanentes (canine et incisive latérales). A droite et en haut, au contraire, toutes les dents sont bien développées ; la radiographie montre que la dent de sagesse supérieure droite poussera très normalement.

Il s'agit donc d'une série de germes dentaires, sans néoplasme proprement dit, développés dans la face et l'orbite. L'existence de ces dents surnuméraires est bien connue des dentistes, qui les rencontrent fréquemment, plutôt à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure. Elles sont plus ou moins éloignées de l'arcade dentaire, tantôt à la face externe de la mâchoire, tantôt sur la voûte

---

1. Coryllos. *Annales des maladies des oreilles et du larynx*, 1912.
2. Leriche et Cotte. *Revue de chirurgie*, 1910.

palatine. Elles s'accusent par la formation de petits abcès et secondairement d'une fistule persistante ; il suffit alors d'aller à la recherche du germe dentaire et de l'extraire pour guérir la fistule. Parfois le nombre de ces germes est considérable : on connaît le cas classique de Hildebrand. Sur les deux maxillaires on trouva des amas de dents anormales : 150 à 200 dents purent être enlevées d'abord ; une récidive s'étant produite au maxillaire supérieur et inférieur, on enleva encore 150 dents. L'examen histologique montra qu'entre ces différents germes existaient des cordons épithéliaux arborisés, formés de cellules cylindriques et de masses d'épithélium adamantin étoilé.

Les belles recherches histologiques et embryologiques de Magitot, de Malassez et de notre collègue Galippe rendent bien compte de la possibilité de ces anomalies. Elles ont montré que du bourrelet gingival part un bourgeon, appelé suivant les différents auteurs : lame épithéliale, lame dentaire, ou mur adamantogénique. Sur cette lame épithéliale se forment successivement les organes adamantins rattachés à la lame épithéliale par des cordons secondaires. Ainsi se développent successivement les organes adamantins de la première et plus tard de la seconde dentition. L'extrémité de cette lame se termine par un ou plusieurs prolongements constituant des bourgeons para-dentaires. On sait que chez l'homme et dans beaucoup d'espèces animales, après une prolifération assez intense, ces bourgeons para-dentaires restent longtemps stationnaires et finissent par s'atrophier. Il n'en est pas de même chez certains animaux à dentition multiple ; cette prolifération se continue durant toute la vie, donnant naissance à des organes adamantins qui produisent successivement des follicules dentaires destinés à former des dents de remplacement. On admet que ce processus, tout à fait anormal chez l'homme, aboutit à la formation de dents surnuméraires.

Dans notre cas, il semble qu'une lame épithéliale, partie de la portion la plus reculée du bourgeon maxillaire supérieur droit, s'est développée indéfiniment, donnant lieu à un chapelet de germes dentaires. Parallèlement au développement du maxillaire, cette lame épithéliale est remontée sur la tubérosité maxillaire pour aboutir à la fente sphéno-maxillaire dans sa partie postérieure, entrant dans l'orbite, avec les vaisseaux et les nerfs qui traversent cette fente. Dans l'orbite ce chapelet de bourgeons para-dentaires a donné lieu à un bouquet terminal de dents plus ou moins développées.

Il nous semble que telle est l'explication la plus plausible que l'on puisse donner de cette singulière anomalie.

Au point de vue thérapeutique nous devons nous demander

s'il est nécessaire d'intervenir actuellement et de pratiquer l'ablation de toutes ces dents surnuméraires.

Les dents en rapport avec la tubérosité maxillaire paraissent bien tolérées et ne gênent nullement la malade. Elles sont d'ailleurs peu nombreuses, mais l'opération ne laisserait pas que d'être laborieuse.

Le groupe orbitaire, qui a donné lieu à l'exophtalmie et à la projection du globe en haut, est beaucoup plus gênant, et peut-être devra-t-on en tenter l'ablation d'ici à quelque temps. Il ne faut pas se dissimuler que cette opération comporte quelques risques pour les organes contenus dans l'orbite, en particulier pour la nutrition du globe de l'œil.

Qu'on aborde l'orbite par un Krönlein ou par une large orbitotomie inférieure et externe avec rétraction du globe en haut et en dedans, on devra procéder successivement à l'extraction de ces différentes dents profondément situées vers le sommet de l'orbite ou à l'ablation de la totalité d'une tumeur si elles sont réunies dans une gangue fibreuse. On peut donc intéresser les vaisseaux et les nerfs réunis à leur sortie de la fente sphénoïdale, et produire des troubles neuro-paralytiques ou trophiques qui entraîneraient la perte complète de l'œil, ainsi que cela se produit quelquefois dans l'ablation des tumeurs bénignes de l'orbite avec conservation du globe.

Bien que le nerf optique ne soit pas intéressé, puisque la papille est normale et que l'acuité visuelle, malgré le strabisme *sursum-vergent*, soit égale à celle du côté opposé, nous ne pouvons pas prévoir ses rapports plus ou moins médiats avec quelques-unes des dents. Il peut donc être, si ce n'est déchiré, du moins fortement contusionné au moment de l'opération. Encore n'est-on pas sûr de ne pas laisser un certain nombre de germes dentaires comme dans le cas de Hildebrand.

Dans ces conditions, et dans l'intérêt de la malade que nous devons avant tout envisager, nous pensons qu'il est préférable de surseoir à toute opération. Les radiographies seront faites régulièrement tous les six mois ou tous les ans, en même temps que nous examinerons de temps en temps l'état fonctionnel de l'œil. C'est seulement si nous constatons que le développement de la tumeur orbitaire menace directement l'œil que nous nous déciderons à intervenir.

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 10, séance du 8 mars 1921).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 décembre 1920.

Présidence de M. G. Villain.

La séance est ouverte à 9 h. du soir.

I. — Procès-verbal. Correspondance.

Les procès-verbaux des séances d'avril et de mai, publiés respectivement dans les nos de septembre et d'octobre de l'*Odontologie,* sont adoptés.

Le Secrétaire général fait part des excuses de M. Roy, dont la communication est reportée au mois prochain, ainsi que de MM. Godon et Isaac Davenport.

Le Président souhaite la bienvenue à M. Jovakim, chargé de prothèse à l'hôpital de Buenos-Ayres.

II. — Diagnostic différentiel des abcès bucco-dentaires, par M. Joseph Mendel.

M. Joseph Mendel donne lecture de sa communication (V. p. 261).

Discussion.

M. Frey. — La communication de M. Mendel Joseph est du plus grand intérêt, comme toutes celles qu'il nous présente. Quand on l'écoute, c'est toujours pour apprendre quelque chose. Ce soir, nous apprenons une chose particulièrement intéressante puisqu'il nous dit avoir différencié bactériologiquement les abcès d'origine gingivale et les abcès d'origine dentaire. Il vient de nous citer 3 observations : je ne discute pas au point de vue bactériologique ; je m'incline devant sa compétence. Au point de vue clinique, nous pouvons peut-être discuter et, en tout cas, je demanderai à M. Mendel Joseph de bien vouloir me donner quelques éclaircissements.

Dans la première observation, il s'agit d'une canine obturée au synthétique, carie du second degré très éloignée de la chambre pulpaire. On aurait pu supposer que cet abcès était dû à la mortification si fréquemment provoquée par le synthétique ; mais de

par l'observation bactériologique notre confrère nous dit : c'est un abcès purement gingival.

Je me permettrai de lui faire observer que, dans son observation (malgré, j'en suis sûr, une étude très complète de la dent malade), il ne nous a pas dit si la sensibilité dentino-pulpaire était conservée ou s'il y avait mortification. Il me semble avoir compris, à priori, qu'il considérait la dent comme bien vivante : c'est là un point sur lequel je lui demanderai un éclaircissement.

Si l'abcès n'est pas d'origine dentaire, quelle est l'origine de cet abcès au niveau de la gencive ? C'est encore une question que je poserai à M. Mendel Joseph. Voilà pour la 1re observation.

2e observation. — Là il fait son diagnostic d'abcès gingival au point de vue bactériologique ; je m'incline. Il passe un peu rapidement sur cet examen radiographique qui indiquait une raréfaction apicale. Je lui demanderai de me faire connaître son interprétation de la radiographie. En outre dans les phénomènes qui se sont présentés, n'y a-t-il aucun rapport possible entre cette raréfaction apicale et l'abcès gingival ?

Dans la 3e observation enfin, il a prononcé le nom de phlegmon ligneux consécutif à une infection gingivale, consécutive elle-même à une extraction. Là encore, je demanderai à M. Mendel Joseph quelques détails cliniques sur ce phlegmon ligneux.

M. Joseph Mendel. — J'ai bien examiné les dents : elles présentaient toutes les réactions d'une dent vivante dans les deux cas examinés.

Dans le premier cas, j'avais presque la certitude qu'il n'y avait pas d'exposition pulpaire ; il s'agissait d'une carie de second degré peu avancée et tous les autres signes concordaient parfaitement avec ce diagnostic.

Dans le second cas, je n'ai pas vu la radiographie moi-même. On a voulu faire trépaner la dent : or cette dent était parfaitement vivante ; l'abcès a guéri rapidement, sans laisser des traces ; il n'y avait pas, selon moi, de raisons pour affirmer que la dent était atteinte ; tous les signes qui attestent la vitalité de la dent étaient présents.

Quant au 3e cas, il s'agissait d'un phlegmon avec tuméfaction notable de toute la région du cou du côté droit ; c'était un phlegmon ligneux typique. En explorant méthodiquement nous avons reconnu au niveau du menton un point de fluctuation.

Il n'y a pas eu de forte douleur, le processus s'est accompli avec une lenteur pour ainsi dire chronique, très peu de fièvre, un peu de fatigue individuelle qui cependant n'a pas sensiblement affecté l'état général du malade. Enfin, dans la région

mentonnière, nous avons constaté un foyer de ramollissement et dans ce foyer de ramollissement nous avons trouvé un peu de liquide que j'ai examiné et où j'ai constaté d'emblée la présence d'une flore assez riche, dont le spirochète.

Quand j'ai examiné cela, c'est alors seulement que l'idée m'est venue, puisque en somme on est venu me demander un avis, d'examiner si véritablement il y avait lieu de faire une application du vaccin. Ce n'est qu'ultérieurement, en faisant ces constatations, que j'ai dit : vous n'avez pas donné exactement l'origine véritable. Je pensais d'abord à la possibilité d'une affection d'origine buccale, mais je n'avais pas été particulièrement attiré par d'autres causes pouvant donner lieu à ces sortes de phlegmon.

Je cite ce fait pour montrer que les moyens que j'indique, pour simples qu'ils soient, n'en ont pas moins permis d'établir le diagnostic.

M. Frey. — Au point de vue de notre pratique courante, nous pouvons dire que toutes les fois qu'il y a du spirochète dans un abcès buccal, il a toutes chances d'être d'origine gingivale et de ne pas être d'origine intra-dentaire ; c'est très intéressant.

Ne croyez-vous pas qu'il puisse cependant y avoir des CAS MIXTES ? Un abcès évolue dans la région de l'apex, traverse la paroi alvéolaire, devient sous-gingival ; à ce moment une effraction de la muqueuse peut se produire, permettant une infection mixte. Nous trouverons alors dans l'abcès du spirochète buccal et l'infection sera mixte, puisqu'elle sera à la fois d'origine dentaire et d'origine buccale Croyez-vous que cela soit possible ? Croyez-vous qu'en clinique nous ne rencontrions pas souvent de ces abcès ? Monier dans sa thèse cite un cas d'abcès à spirochète et son interprétation n'est pas la même que la vôtre, puisque pour lui l'infection provient de la dent et non de la gencive.

M. Mendel Joseph. — Souvent, non. J'ai examiné des abcès en nombre considérable, des centaines, je n'ai jamais trouvé de spirochètes dans les abcès d'origine dentaire tandis que dans les abcès d'origine gingivale j'ai toujours reconnu la présence du spirochète. C'est là une constatation, je puis dire sans exception.

Quant aux complications secondaires, c'est tout à fait différent : vous pourrez en effet y trouver des spirochètes ; mais la lésion gingivale est dans ces cas facile à mettre en évidence.

Je vous demande de vérifier vous-même l'exactitude de cette constatation. Il s'agit simplement de faire un frotti, de le colorer et de l'examiner au microscope ; c'est à la portée de tous.

Le président. — C'est toujours un régal d'entendre une communication de M. Mendel Joseph surtout lorsqu'elle est argumentée par M. Frey. C'est une double instruction pour nous. Ce

sont toujours, du côté de M. Mendel Joseph, des arguments précis, des faits étudiés scientifiquement quoique présentés avec la plus délicate discrétion ; il nous soumet ses travaux, comme tous ceux qui ont beaucoup travaillé, qui savent surtout, avec une modestie exceptionnelle.

Je remercie infiniment M. Mendel Joseph d'avoir bien voulu nous apporter ce moyen, qu'il dit très simple, de diagnostic bactériologique des abcès bucco-dentaires et pour ma part je suis très heureux de cette communication, car elle nous montre combien nos moyens de diagnostic doivent être amplifiés, combien nous devrions nous adresser à des procédés plus scientifiques que ceux que nous utilisons, moins uniquement dentaires si vous voulez. Depuis quelque temps déjà la radiographie est largement utilisée ; plusieurs communications ont été faites ici à ce sujet, mais nous n'utilisons pas du tout l'examen microscopique, nous avons tort et M. Mendel Joseph vient de nous rappeler quel intérêt il y aurait à l'employer ; sa simplicité, dans des cas comme ceux qu'il nous a cités, nous met à l'abri des erreurs de diagnostic.

Je disais tout à l'heure à M. Mendel Joseph que la Société avait décidé, au début de l'année, de porter à l'ordre du jour une ou deux questions qui devraient être étudiées sous des jours différents par divers auteurs et feraient ensuite l'objet d'un rapport présenté à notre Congrès annuel, à Rouen cette année.

La question des infections périapicales me semble tout à fait digne d'être mise à l'ordre du jour et M. Mendel Joseph m'a promis de nous présenter un travail à ce sujet.

Je le remercie au nom de la Société pour sa communication de ce soir et pour celle qu'il veut bien nous promettre.

III. — Le controle et la récupération des métaux précieux au laboratoire, par M. Bennejeant.

M. Bennejeant donne lecture de sa communication (V. n° d'avril)

Discussion.

M. Henri Villain. — La communication de M. Bennejeant est extrêmement intéressante et je tiens à l'en féliciter personnellement. Il nous parle de l'affinage des métaux avec une simplicité remarquable, il nous a dit tant de choses intéressantes qu'il nous est difficile de tout retenir. Heureusement, sa communication sera publiée dans l'*Odontologie* et nous pourrons la reprendre et en tirer beaucoup de fruit.

Elle me rappelle mes débuts dans la profession, il y a près de 25 ans, chez M. Godon où je faisais mon apprentissage, guidé par un mécanicien, ancien ouvrier bijoutier. Vous savez qu'à

cette époque, de cette dernière profession il nous vint à la prothèse dentaire un certain nombre d'ouvriers qui firent d'excellents mécaniciens. Ces hommes habitués à travailler les métaux, connaissaient l'affinage et la récupération des déchets.

Toutes les balayures d'atelier, des cabinets d'opération, les ponces provenant du polissage étaient descendues et conservées à la cave. Chaque année la Société des Cendres venait les enlever et les traitait par la méthode courante, c'est-à-dire le brûlage, le broyage de tout ce qui pouvait être réduit à l'état de poussière, et le reste était fondu et mis en lingot. Après l'essai habituel de ces dernières, la Société des Cendres ou tout autre laboratoire d'affinage vous les rachetait au cours du jour.

Quant aux déchets d'or, nous les fondions nous-mêmes à l'aide d'un fourneau en terre réfractaire chauffé au coke. Nous faisions un lingot qui était porté à l'essai et vendu comme le précédent.

Il y a une récupération qui serait très intéressante à faire, et dont M. Bennejeant ne nous a pas parlé mais qui devait retenir son attention, c'est celle des eaux du crachoir. Avec les aurifications, les inlays d'or, les bridges, que nous retouchons, articulons et polissons en bouche, nous perdons énormément d'or. Il y a là une récupération extrêmement importante à étudier.

M. P. Housset. — Je voudrais demander à notre confrère Bennejeant s'il a eu l'occasion de constater un fait qui, d'ailleurs, n'est pas en rapport immédiat avec le sujet de sa communication.

Lorsque nous coulons des inlays en or à 22 karats, nous obtenons une masse intacte, aux bords très nets. A 24 karats, très souvent il existe, et presque toujours près de la tige de coulée, une ou plusieurs soufflures. M. Bennejeant nous a dit, et c'est une propriété très connue, que les métaux précieux et purs dissolvent, au moment de leur fusion, les gaz de l'atmosphère, tout au moins certains gaz. Notre confrère Bennejeant ne croit-il pas que ce qui se produit dans la coulée des blocs d'or à 24 karats est provoqué par le phénomène qu'il a cité ?

M. Bennejeant. — En général un alliage dissout moins facilement les gaz que les métaux purs. Ainsi l'argent dissout de l'oxygène qu'il restitue brutalement à la solidification par *rochage*, ses alliages avec l'or perdent cette propriété au fur et à mesure que la teneur en argent décroît. De même d'autres métaux dissolvent des gaz : l'or dissout à froid le gaz ammoniac ; le platine à chaud dissout l'hydrogène et forme avec lui des hydrures. En fonderie, on incrimine le plus souvent la solubilité du gaz dans les métaux, comme cause des *soufflures*.

M. Housset. — Il n'existe pas de moyens pratiques d'obvier à ces inconvénients ?

M. Bennejeant. — Si, en métallurgie on emploie des *désoxydants* pour les métaux susceptibles de dissoudre de l'oxygène ou de s'allier à leurs oxydes. On emploie, par exemple, dans la fabrication des bronzes de petites quantités de magnésium, d'aluminium ou de phosphore.

M. Prevel. — En me reportant à une trentaine d'années et même plus, j'avais à cette époque l'habitude de traiter moi-même mes déchets avec la méthode d'alors qui consistait à composer l'eau régale dans laquelle on laissait séjourner pendant plusieurs jours les limailles et autres métaux précieux, afin d'obtenir le chlorure d'or pour le précipiter ensuite.

Une fois le chlorure d'or obtenu, on plongeait dans le composé des lamelles de cuivre suspendues à de courtes distances les unes des autres par des baguettes de verre traversant les cuves. En vidant celles-ci on recueillait le chlorure d'or précipité.

Ce précipité s'obtenait très bien et ne donnait pas, comme le sulfate de fer, un dépôt boueux nécessitant des lavages très étendus.

Mais un autre inconvénient et non des moindres, surgissait de la première préparation. Aussitôt le cuivre en contact avec le chlorure d'or, il se dégageait des vapeurs nitreuses qui étaient irrespirables et incommodaient tout le voisinage du laboratoire pendant les quelques jours indispensables à cette préparation. Inutile de dire si j'ai abandonné le procédé.

Pour la suite du travail concernant le lingot d'or je suivais les mêmes principes que ceux décrits par M. Henri Villain.

Pour le chlorure d'or, nous nous servions de baguettes de verre. C'était un empoisonnement de tout l'immeuble. J'ai reçu plusieurs plaintes des locataires du dessus ; j'ai été obligé de renoncer à ce procédé qui était absolument désagréable. La précipitation faite, nous lavions nos limailles et les mettions dans un creuset comme l'a dit M. Henri Villain. Nous mettions aussi comme précipité du sulfate de fer ; c'étaient des lavages successifs de cuvettes émaillées dans d'autres cuvettes, on n'en finissait plus. C'était un moyen tout à fait primitif, mais on s'en trouvait très bien, les lingots étaient parfaits. Nous avions beaucoup de platine, quand il valait 90 centimes le gramme à 1 fr. 10. Dans nos appareils en or nous finissions tout de même, par la présence dans l'eau régale, de faire jouer nos platines et ils se détachaient quand l'eau régale était bien faite.

M. Bennejeant. — L'inconvénient que vous signalez s'applique également à cette méthode d'affinage par le chlore ; c'est un dégagement de gaz nauséabonds pour le voisinage. Il y a nécessité de le faire sous la hotte.

M. Leroux. — Pour les métaux à l'état pur, il faut une chaleur

excessive pour arriver à couler quelque chose d'homogène. Le cuivre pur électrolytique chauffé donne une matière pour ainsi dire comme du fromage de gruyère ; il est impossible de faire quelque chose avec du cuivre coulé.

M. Bennejeant. — Le cuivre est susceptible d'oxydation et son oxydule peut s'allier avec lui. Cet alliage est connu sous le nom de *cuivre rosette.* C'est un mélange mécanique cuivre-oxydule de cuivre. A l'examen microscopique on aperçoit un excès de cuivre entouré de l'eutectique cuivre-oxydule de cuivre. Cet alliage n'a plus les excellentes propriétés mécaniques du cuivre pur.

M. Leroux. — Je suis arrivé en chauffant le cuivre très longtemps sous du poussier de charbon de bois à le rendre malléable à tel point que j'ai pu l'étirer en fils.

M. Bennejeant. — Ceci corrobore ce que je viens de vous dire. Si l'on prend la précaution de rendre l'atmosphère sus-jacente réductrice par le charbon de bois, qui sature l'atmosphère d'oxyde de carbone, on obtient du cuivre pur. L'oxyde de carbone accaparant tout l'oxygène pour passer à l'état d'anhydride carbonique, l'oxydation du cuivre devient impossible.

M. Leroux. — La chaleur joue un grand rôle et ce même rôle est joué par l'or pur à 24 carats qui doit être fortement chauffé ; on le voit dans les coulées d'or, lorsque l'or n'a pas été chauffé assez longtemps, il est mauvais, n'est pas malléable de la même façon que l'or ayant été en ébullition très prolongée.

M. Bennejeant. — Je voudrais faire ressortir l'avantage qu'il y a de traiter les lingots aigres et les limailles au laboratoire. Il suffit parfois de petites quantités de métal commun pour faire perdre toute malléabilité à l'or ou à ses alliages. L'étude de la constitution de ses alliages donne la clef de l'énigme. On peut classer les impuretés de l'or en plusieurs catégories :

1° *Les métaux entourant les grains cristallins d'or* comme le fait le thallium et probablement le tellure et l'arsenic. L'effet sur les propriétés mécaniques est désastreux.

2° *Les métaux s'unissant à l'or pour entourer les grains cristallins d'or pur.* La présence de ces combinaisons chimiques apporte une fragilité excessive. Tels sont le plomb avec le composé Au^3Pb, l'antimoine avec AuH^2 et l'aluminium avec $AlAu^4$.

3° *Les métaux se dissolvant dans l'or et n'apparaissant pas à l'examen métallographique.* Tels sont le cuivre, l'argent, le fer, le palladium et le platine. De même ceux dont la solution dans l'or n'est complète qu'au-dessous d'un certain pourcentage : cadmium 17 0/0, zinc 12 0/0, nickel 5 0/0, bismuth 4 0/0, étain 4 0/0. Pour ces métaux, les propriétés mécaniques de l'or varient régulièrement à mesure que la teneur de l'impureté croît.

En principe d'ailleurs ce sont les métaux appartenant à cette dernière catégorie qui sont recherchés pour les alliages d'or. Je vous en signale qui viennent d'être brevetés récemment en Amérique comme montures métalliques de dents minérales. Ce sont les or argent-palladium. Le palladium élève très rapidement le point de fusion et, à cause de ce point de fusion élevé, on l'utilise comme succédané du platine.

Si donc, certains métaux communs n'ont pas d'effet brutal sur les propriétés mécaniques de l'or (ténacité, malléabilité, dureté, etc.), d'autres agissent en très petites quantités. Pour les éliminer et restaurer les propriétés mécaniques de l'or le traitement d'affinage par le chlore est le traitement de choix.

IV. — Mélanges réfractaires a base de platre, par M. Bennejeant.

M. Bennejeant donne lecture de sa communication (V. p. 267).

Discussion.

M. Housset. — Un auteur américain, M. Weinstein, arrive, à peu près, aux mêmes conclusions que M. Bennejeant au sujet du mélange réfractaire. Il indique comme préférable un mélange silice-plâtre, donnant un pourcentage plus élevé à la silice qu'au plâtre. Il recommande la silice extraite du cristal de roche ou quartz comme parfaitement pure.

M. Bennejeant. — Il y a un inconvénient au revêtement de silice, qui n'existe pas pour nous, puisque nous n'avons pas l'occasion de fondre du platine : c'est qu'avec le platine il se forme un siliciure de platine très fusible. Pour les alliages d'or les mélanges plâtre-silice sont parfaits ou se rapprochent de la perfection.

Le président. — Je crois être l'interprète de la Société en remerciant chaleureusement M. Bennejeant de ses deux communications. Elles devaient être lues par le Secrétaire général de la Société, mais, étant donné la présentation du four par la maison Leroux, M. Bennejeant n'a pas hésité à faire le voyage de Clermont-Ferrand pour nous donner les explications que nous lui demanderions.

(*M. Leroux* fait la démonstration de son appareil).

Le président. — Je remercie la maison Leroux d'avoir bien voulu nous faire cette démonstration.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le Secrétaire général, V. E. Miégeville.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE STRASBOURG [1]

Section d'Odontologie (14e section) (*Suite*).

III. — La reconstitution de la machoire inférieure par les différentes autogreffes et hétérogreffes osseuses, par le Dr Lickteig.

M. le Dr Lickteig donne lecture de sa communication, qui est accompagnée de projections (sera publiée).

Discussion.

M. Pont constate que M. Lickteig présente une méthode nouvelle pour opérer les sujets, grâce à laquelle les blessés ne pourront plus refuser les opérations, comme cela est arrivé, auquel cas il fallait les réformer.

Ce greffon donne de nouvelles indications opératoires. Cette méthode a fourni des résultats positifs. Ne l'ayant pas pratiquée et ne la connaissant même pas, il a employé le procédé des greffons osseux de Delagénière. Quand la perte de substance est étendue, on peut recourir à celui-ci ; quand elle est très étendue, on peut recourir au procédé Lickteig. Au Congrès de chirurgie interallié Hugh a présenté des cas intéressants. Toutefois l'enlèvement d'une côte offre des inconvénients et même des dangers.

Il a vu des blessés rapatriés d'Allemagne avec une sorte de boîte métallique ; M. Lickteig connaît-il ce procédé ?

M. Lickteig répond qu'il l'a vu, mais ne l'a pas employé.

M. Pont dit que tous les cas traités par la suture métallique exigent la greffe, parce que cette suture est néfaste. Il est étonné de voir qu'on fixe le greffon avec une suture métallique. Le rôle

---

1. V. *Odontologie*, août, septembre, octobre, décembre 1920, février, mars et avril 1921.

du prothésiste commence quand la perte de substance ne peut être corrigée par le chirurgien.

Il est heureux des brillants travaux de M. Lickteig et l'en félicite.

M. Roy s'associe aux félicitations de M. Pont. Le travail de M. Lickteig est intéressant parce qu'il présente une série de méthodes. Ce qu'il montre est extrêmement probant et son mémoire est un document important pour ceux qui voudront étudier la greffe du maxillaire inférieur.

Il a parlé du délai au bout duquel il pratique la greffe : 6 mois au moins. Or, au bout d'un an, on a vu des blessés faire de la consolidation, ce qui montre que la greffe n'est pas nécessaire ; il n'est pas utile de se presser, il vaut mieux attendre plus de 6 mois, un an par exemple.

M. Sauvez demande comment étaient organisés les services des blessés maxillo-faciaux. En France il y en a eu 5000, dont 1200 pensionnés comme ayant plus de 60 o/o d'invalidité. On est parvenu, après beaucoup de tâtonnements, à une organisation parfaite : dans la zone des armées il y avait un centre par armée et 14 centres dans l'intérieur. Par la suite il y a eu des équipes toutes prêtes en cas d'attaque, de sorte qu'on pouvait traiter les blessés une heure après.

M. Lickteig dit que les sutures métalliques sont dangereuses sans l'intervention du dentiste. L'or se comporte très bien, il est antiseptique, antibactérien ; la carie secondaire est rare. Il a toujours opéré sans anesthésie tronculaire ou régionale, mais jamais sans anesthésie générale.

Il est de l'avis de M. Roy ; la régénérescence de la mâchoire inférieure se fait à longue date, 6, 8, 12 mois.

Il répondra à M. Sauvez que dès le commencement, à Strasbourg, tous les blessés des maxillaires devaient être groupés dans des centres ; mais que les chirurgiens ne les y envoyaient que quand ils ne pouvaient pas en venir à bout. Par la suite on a organisé environ 60 centres maxillo-faciaux et, à Strasbourg, on y recevait les blessés 2 ou 3 heures après la blessure ; on les gardait jusqu'après la guérison. Un blessé de guerre n'avait pas le droit d'être envoyé près de ses foyers.

M. Frey, puisqu'on a parlé d'inclusions métalliques, croit devoir rappeler une thèse déjà un peu ancienne sur l'inclusion de certains métaux : celle de G. Lemerle.

M. Vichot remercie M. Lickteig, dont l'intéressante communication a été complétée par des projections et qui mérite toutes les félicitations de la section.

IV. — Tableau didactique de la calcification et de l'évolution des dents humaines, par le Dr Frey en collaboration avec M. Dumont.

M. le Dr Frey donne lecture de cette communication (V. n° d'avril).

V. — Assistance dentaire gratuite.

M. Godon demande au président l'autorisation de donner lecture du document suivant qui lui est remis et qui vient fort à propos à la suite de ce qu'il a dit la veille touchant l'inspection et le traitement dentaire.

DÉPARTEMENT DE.... N., le 15 juin 1920.
INSPECTION
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
Assistance médicale gratuite.

Le préfet de... à M. X. chirurgien-dentiste à...

« Par circulaire du 9 courant M. le ministre de l'Hygiène me fait » connaître qu'il est disposé à appuyer une proposition de loi soumise » au Sénat et tendant à assurer gratuitement les soins dentaires aux » personnes privées de ressources et appartenant au Service de l'assis- » tance médicale gratuite.

» Les chirurgiens-dentistes et les dentistes devant être appelés à » prêter leur concours à mon Administration pour le fonctionnement » du service dentaire projeté, je vous serais obligé de vouloir bien me » faire parvenir vos observations et votre avis sur l'organisation dudit » service et notamment vos suggestions concernant la question de » la prothèse dentaire, avec l'indication d'un tarif applicable aux diver- » ses interventions afférentes aux soins des dents des indigents de » l'Assistance médicale gratuite.

» Pour le Préfet :

» *Le Secrétaire général, Y...* »

M. Vichot dit que ceci montre l'intérêt et le soin que M. Godon porte à cette question.

La séance est levée à 6 heures.

3e *séance, 28 juillet matin.*

Présidence de M. Lévy, vice-président, puis de M. Vichot.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2 à la clinique médicale A de la Faculté de médecine (Hôpital civil).

M. Vichot propose de renommer M. Roy comme délégué de la section au conseil de l'A. F. A. S. — Adopté.

I. — Des malpositions dentaires consécutives a l'amputation de la langue, par le Dr Frey.

M. le Dr Frey donne lecture de cette communication (V. p. 264).

Discussion.

M. Pont rapporte qu'un amputé de la langue est arrivé à parler assez bien, mais qu'il était gêné pour la mastication. Comme celui-ci est venu le trouver, il lui a fait une langue artificielle et alors il mastiquait bien. Ceci montre le rôle de la langue dans l'équilibre et fait voir que le rôle de ses muscles est important.

L'observation de M. Pont en suggère une autre à *M. Roy*. Faut-il, comme le demande M. Frey, traiter toutes ces malformations ? Le malade de M. Pont parlait et déglutissait aussi bien que s'il avait eu sa langue, mais ce devait être aux dépens de son plancher buccal, qui faisait office de langue en se soulevant, et ceci devait amener des malformations dentaires. Mais alors il est à craindre de desservir le malade au point de vue de la phonation et de la déglutition si on lui fait, dans ce cas, un redressement de ses dents.

M. Frey se rappelle bien la langue artificielle de M. Pont, qui fut présentée à Grenoble, il y a quelques années Il n'y aura plus à faire cette prothèse consolatrice avec un bout de caoutchouc qui se remuait dans la bouche.

M. Pont a parlé de la linguo-gression des incisives de lait et de l'influence de la langue sur cette gression ; mais il y a tellement de facteurs complexes qu'il croit préférable de ne pas entamer cette discussion.

Les adénoïdiens, en raison de la respiration buccale, retiennent leur langue sur le plancher de la bouche et n'ont pas de ces malpositions.

M. Roy fait une réserve sur le redressement ; il a raison, parce que ce déplacement compense en partie l'absence de la langue ; mais alors les dents n'articulent plus. Il vaut donc mieux faire un appareil artificiel.

M. Roy a eu un blessé ayant perdu tout le maxillaire inférieur, qui ne pouvait plus avaler sa salive, parce qu'il avait une déformation du plancher de la bouche.

M. G Villain fait observer que, dans le déplacement des dents dû à l'absence de la langue, il y a un chevauchement considérable qui crée des loges inter-dentaires retenant les aliments ; ces aliments séjournent en raison de l'absence de l'organe qui habituellement les déloge, d'où fermentation continuelle à ce niveau et

caries rapides des dents. Il est donc nécessaire, à son avis, de munir l'arcade inférieure d'une plaque recouvrant la face linguale des dents jusqu'à leur bord libre; cette plaque doit avoir une face interne très lisse. L'arcade inférieure, maintenue par une plaque, maintient à son tour l'arcade supérieure. Quant à l'amélioration phonétique, elle est aisément obtenue par le volume donné à cette plaque pour permettre au moignon de langue d'y trouver un point d'appui approprié. Le meilleur moyen d'obtenir la forme appropriée de la face linguale de la plaque est de recourir au tapissement de l'appareil par une forte épaisseur de gutta pure que le moignon lingual moule lui-même ; cette gutta est ensuite remplacée par une substance dure (vulcanite) ; au bout d'un certain temps, le malade s'habitue à parler nettement. C'est le cas d'un opéré que M. Frey a signalé et qui parle clairement en public. L'appareil ainsi établi aide beaucoup la mastication si sa surface est calculée pour permettre aux aliments de glisser vers les faces triturantes lorsque le moignon lingual les presse contre l'appareil.

M. Frey pense qu'il serait bon que ce facteur mécanique si important pour le tube digestif fût mis au point dans une séance des sociétés odontologiques. M Retterer a signalé la chose. Pour sa part, aux démonstrations pratiques de la veille, il a regardé l'occlusion d'une malade et il a constaté qu'une dent s'était hyperadamantinisée.

M. Lévy remercie M. Frey de sa communication et cède la présidence à M. Vichot.

II. — Traitement des atrésies maxillaires par l'arc lingual amovible de Mershon, par le Dr de Névrezé.

M. de Névrezé donne lecture de cette communication et présente des modèles.

Résumé[1].

Il arrive fréquemment de voir des caries multiples dont la cause est nettement imputable à un long redressement. Elles siègent aux collets des dents anciennement mobilisées par des ligatures métalliques, aussi bien au maxillaire inférieur qu'au supérieur. Ces caries sont d'autant plus sérieuses que les enfants sont naturellement négligents et se lavent insuffisamment les dents. On reste donc un peu désorienté et déçu devant le pronostic aussi sombre que présentent certaines opérations de redressement. C'est dans cet état d'esprit que j'étais, lorsque le

1. L'article a paru *in extenso* dans la *France Dentaire* de janvier 1921.

Dr J.-T. Quintero me parla d'une nouvelle méthode de redressement sans ligature, et c'est mon premier essai qui fait l'objet de cette communication.

Ce cas fut celui d'une jeune femme de 18 ans. Il s'agit d'une atrésie bi-maxillaire, sans modification dans le sens antéro-postérieur, qu'Angle rangerait dans sa 1re classe : rapport des molaires, normal. Etat général : terrain mal calcifié, avec des dents très mobiles, présentant en outre une laxité généralisée des articulations des membres, en même temps que de ses articulations alvéolo-dentaires. Le traitement faisait prévoir une grande facilité de mobilisation des dents, en même temps qu'une grande difficulté de rétention. C'est ce traitement que je vais décrire.

Les cinq éléments indispensables sont :

1° Du fil d'or platiné, à 75/100es de millimètre ;

2° Des bandes d'or à 22 k., à 25/100es de millimètre ;

3° Du tube demi-jonc en or platiné ;

4° Un fil demi-jonc coulissant dans ce tube ;

5° De la soudure d'or à 18 k. et à 20 k.

L'appareil se compose :

1° De deux bagues d'ancrage ;

2° D'un arc, verrouillé sur ces deux bagues en position linguale.

A) *Bagues d'ancrage.* — Brasez votre bague, comme une bague de couronne, à la soudure autogène et soudez-y sur la face linguale, au niveau de sa partie moyenne, un tube demi-jonc, en position verticale.

B) *Arc lingual.* — Adaptez le aux collets de toutes les dents aussi exactement que possible, et aux deux extrémités munissez-le d'un verrou comme celui d'Angle-Young.

C) *Verrou.* — Le verrou comprend :

1° Une portion verticale constituée par un fragment de fil demi-jonc soudé perpendiculairement à l'arc lingual et coulissant dans le tube vertical fixé à la bague d'ancrage ;

2° Une portion courbe contournant le tube demi-jonc et le pinçant comme entre le pouce et l'index. Son extrémité libre, terminée en boule, constitue le verrou proprement dit, et empêche par sa présence tout mouvement vertical du fil demi-jonc. De cette façon le demi-jonc est immobilisé parfaitement.

Une fois les deux bagues adaptées aux molaires d'ancrage, prendre l'empreinte au plâtre et articuler les modèles. Cette obligation vient de ce que les verrous supérieurs gênent toujours l'occlusion s'ils ne sont pas de la hauteur voulue.

L'appareil une fois construit sur l'empreinte, le placer en bouche et commencer par la cimentation des bagues d'ancrage,

Le verrouillage de l'arc n'est indiqué qu'après la cristallisation parfaite du ciment, qui dure 30 minutes environ.

Pour la pose de l'arc, n'exercer aucune pression sur l'arcade dentaire, mais placer l'arc sans la moindre tension pendant une semaine. Le patient s'y accoutumera facilement.

Pour la mobilisation des dents : 1° Il s'agit d'un ressort à force continue, donc il faut opérer d'une façon progressive et très lente ;

2° Les courbes s'adaptant aux collets des dents doivent être redressées jusqu'à ce que l'arc ait pris la forme d'une parabole régulière et que les dents aient atteint leurs positions définitivement correctes ;

3° Les voies et moyens sont de trois ordres :

a) Ressorts auxiliaires soudés à l'arc principal ;

b) Redressement des courbures de l'arc ;

c) Elongation de l'arc par compression à l'aide de la pince écrasante.

Avantages de cette méthode pour le patient :

1° Les dents, non traumatisées par les ligatures métalliques, restent indemnes de caries, et c'est là un grand danger évité ;

2° L'invisibilité de l'appareil protège les patients contre l'indiscrétion des regards trop curieux : la vie sociale d'une jolie femme n'est pas entravée ;

3° La mobilisation est indolore et ne surmène pas le système nerveux ;

4° Les visites sont moins fréquentes, d'où économie de temps et d'argent ;

5° L'appareil de mobilisation sert constamment d'appareil de rétention.

Avantages pour le dentiste :

1° La responsabilité médicale en est amoindrie ;

2° La rareté des visites (deux à trois par mois) économise son temps et ses forces ;

3° Il peut surveiller des patients plus éloignés et faire profiter de ses soins ceux qui ne peuvent se déplacer fréquemment.

A côté des avantages précités, il y a des désavantages certains : il faut d'abord étudier une nouvelle technique ; il faut se plier à une discipline plus précise, plus délicate, des plus minutieuses, construire plus longuement et prévoir plus loin.

III. — La rotation des dents au moyen de l'arc lingual amovible de Mershon, par M. James T. Quintero, de Lyon.

M. Quintero donne lecture de cette communication, qui est accompagnée de projections.

(*Résumé*, par l'auteur[1]).

Un des plus remarquables avantages de l'arc lingual amovible de Mershon consiste dans l'élimination de l'emploi des bagues et des ligatures. Les bagues présentent, en effet, des inconvénients nombreux :

1° Elles sont inamovibles, d'où impossibilité de surveiller les dents qu'elles recouvrent ;

2° Elles sont souvent difficiles à ajuster, d'où épaisseur excessive du ciment, possibilité d'action dissolvante de la salive, puis carie ;

3° Elles descendent souvent sous la gencive et elles sont rarement bien brunies à ce niveau, d'où désordres tels que gingivites, décollement du tissu, formation de poches, etc. ;

4° Elles nécessitent l'emploi de ligatures, d'où presque toujours lésion gingivale ;

5° Elles présentent toujours une certaine épaisseur, de sorte qu'après leur enlèvement il existe, entre les dents déplacées et leurs voisines, de petits espaces, d'où rupture d'équilibre du système dentaire et déplacements possibles.

Pour toutes ces causes nous avons cherché depuis longtemps à éliminer de notre technique l'emploi des bagues. L'arc lingual amovible *de Mershon* nous en a fourni l'occasion.

La réduction au strict minimum du nombre des bagues et des ligatures n'empêche nullement la rotation des dents ; mais les applications diverses d'un même principe, au moyen de l'arc lingual, demandent des solutions différentes suivant la difficulté des cas et le nombre des dents à déplacer autour de leur axe. La condition nécessaire et suffisante pour effectuer toute rotation est la correction parfaite de l'atrésie et la production d'un espace convenable par croissance osseuse.

Trois solutions se précisent dans notre esprit : 1° Dans les cas faciles un seul ressort ou un arc auxiliaire vestibulaire suffira ;

2° Dans les cas moins faciles, il nous faut deux ressorts agissant aux deux points extrêmes du grand diamètre mésio-distal de la dent ;

3° Dans les cas plus difficiles la double ligature vestibulaire rendra les plus grands services.

Discussion des deux communications.

M. G. Villain signale que l'arc lingual lui a donné de brillants résultats ; mais il aimerait bien qu'on cessât de donner des

---

1. Le travail a paru *in extenso* dans la *Province Dentaire* de janvier 1921.

noms injustifiés. Cet arc a été employé par Farrar dans la première moitié du XIXe siècle.

Pour quelle raison l'or peut-il se tremper dans la cavité buccale ? Angle ne fait plus de redressements des couronnes ; il utilise un métal dont la composition est secrète, qui se trempe à l'eau comme l'acier, dit-il ; il y a là une question à mettre au point.

M. de Névrezé emploie de l'or platiné qu'il fait faire, qui est très souple. Au recuit ce métal perd son élasticité. Un alliage de 70 o/o d'or et de 30 parties de platine iridié à 30 o/o garde son élasticité ; mais, s'il est coulé, il devient cassant. Il faut le faire faire. L'or de William a les mêmes qualités, mais il est très coûteux.

L'arc lingual présente de grands avantages, mais M. Quintero a-t-il tenté le mouvement vertical ? Il est nécessaire de faire, dans nombre de cas, un mouvement rectiligne de la dent. Est-il réalisable avec l'arc lingual ? Au maxillaire inférieur peut-être ; mais certainement pas au maxillaire supérieur avec les moyens de fixation actuellement employés. Il y a peut-être adaptation possible de l'arc lingual à la rotation des dents. Tout ceci ouvre un large champ d'expériences. L'arc vestibulaire a le grand avantage de permettre tous les mouvements simultanément, mais il n'est pas esthétique.

M. Frey a l'impression que le cas présenté par M. de Névrezé comme une première classe d'Angle est en réalité une deuxième classe d'Angle avec méso-gression.

M. de Névrezé a-t-il traité la malposition verticale ?

M. de Névrezé répond négativement.

M. Wagner fait remarquer que, quand il s'agit de ranger les dents supérieures, l'arc lingual agit en même temps sur le devant. Or, on veut la plupart du temps obtenir l'effort contraire. Si cet arc doit dilater en passant par devant il annule l'effet opposé qu'on veut obtenir.

Pour *M. Pont,* cette méthode n'est pas une panacée universelle et il est bon de parler d'un appareil assez ancien. Quand il était élève à l'Ecole dentaire de Paris, vers 1898, M. de Croës fit une communication sur l'emploi d'un arc ; peut-être pourrait-il en dire quelques mots.

M. de Croës ne prend pas la parole parce que, ayant fait la campagne dans une unité combattante durant toutes les hostilités, il n'a appris qu'à faire la guerre et a perdu de vue tout ce qui a été fait en art dentaire ; il a donc besoin de se remettre au courant des progrès réalisés et des méthodes nouvelles.

M. Frey demande à M. de Névrezé si cette grosse molaire ne présente pas de poussée d'arthrite.

M. de Névrezé répond qu'il a remarqué de l'arthrite parce que son arc était trop gros.

M. Frey pose la même question à M. Quintero.

M. Quintero répond qu'il faut aller très lentement et qu'alors on n'a pas d'arthrite. Il n'a fait ni intrusion ni extrusion, ou du moins il n'a pas de résultat qu'il puisse montrer. Le mouvement étant très lent, on obtient un résultat pour l'intrusion. Le mouvement en masse est simple. L'expansion s'obtient au niveau qu'on désire ; il en obtient où il veut.

M. Wagner a demandé comment on procède quand il y a des dents en protusion. En faisant l'expansion on augmente la largeur et l'on retire l'arc chaque fois.

On a demandé également si l'arc vestibulaire n'empêche pas l'expansion. La réponse est négative, car on ouvre l'axe vertical et cela n'empêche pas l'expansion.

IV. — Nomination du président de la session de 1921.

M. Vichot propose à l'assemblée de nommer le président de la prochaine session (1921), qui se tiendra à Rouen au lieu de Montpellier, et pose la candidature de M. G. Villain, qui est nommé à l'unanimité. (*A suivre.*)

CONGRÈS DE ROUEN (1er au 6 août 1921)

Le Comité local général du Congrès comprend un *Comité d'honneur* composé du préfet du département, du maire de Rouen, du recteur de l'Académie de Caen, etc., un *Comité d'organisation* dans lequel figurent notamment le directeur et un professeur de l'Ecole de médecine, etc.

Les adhésions sont reçues chez le président de la section d'Odontologie, M. G. Villain, 10, rue de l'Isly, Paris, ou à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Les versements à opérer sont les suivants :

Comme membre fondateur (500 francs une fois donnés).
» » à vie (200 francs une fois donnés).
» » annuel avec annuité de libération (30 francs pendant 10 ans).
» » annuel (20 francs de cotisation annuelle).

Pour les étudiants, les dames ou jeunes gens appartenant à des familles inscrites comme membres : 10 francs, mais sans droit aux publications de l'A. F. A. S.

Première liste d'adhérents.

Le Gouvernement du Canada sera représenté par un délégué.

MM. G. André, Paris.
Allet, Paris.
Arnold, Paris.
Robert Ash, Le Mont-Dore.
Dr A. Audy, Senlis.
Barden, Paris.
Beauregardt, Paris.
Beaussillon, Strasbourg.
Bert, Orléans.
Bertaux, Rouen.
Bethmann, Lille.
L. Bioux, Paris.
Blatière, Choisy-le-Roi.
Blatter, Paris.
Bohl, Castres-sur-Agout.
Bonnet, Nice.
Borkowski, Neuilly sur-S.
Borrey, Lyon.
Dr Bouchard, Lyon.
Boudy, Belfort.
Bouvet, Angers.
Boyer, Cosne.
Bracq, Strasbourg.
Brille, Paris.
Brodhurst, Le Vésinet.
Brun, Paris.
Calame, Valence-s/Rhône.
Camatte, Toulon.
Cernéa, Paris.
Chapey, St-Ouen.
Chateau, Grenoble.
Cludius, Grenoble.
Cottarel (Nizier), Paris.
Mlle Court, Lyon.
MM. Cousin, Le Havre.
Crépier, Lyon.
Crocé-Spinelli, Paris.
de Croës, Paris.
Davenport, Paris.
Delorme, Lausanne.

MM. Demoulin, Bruxelles.
Devauchelle, Paris.
Dr Dreyfus, Paris.
Dufeu, Paris.
Durand, Lyon.
Eudlitz, Boulogne-s/Seine.
Fabret, Nice.
Fay, Bruxelles.
Ferrand, Paris.
Fié, Paris.
G. Fouques, Paris.
Fouyer, Marseille.
Dr Frey, Paris.
Dr Frison, Paris.
Geoffroy, Paris.
Dr Godon, Paris.
Gouttenoire, Lyon.
Guébel, Paris.
Guex, Strasbourg.
Hally-Smith, Paris.
Haloua, Paris.
Hamman, Strasbourg.
Harwood, Lyon.
Heïdé, Paris.
Hermann, Nantes.
Hipwell, Paris.
Huet, Bruxelles.
Hugot, Paris.
Jean (Paul), Dijon.
Joachim, Bruxelles.
de Kisch, St-Mandé.
Klein, Colmar.
Mlle Kuntz, Illkirch.
M. Laurençon, St-Chamond.
Mme Laballe-Fontanier, Paris.
MM. Le Bègue, Paris.
Dr Léger, Paris.
Dr Lemière, Paris.
Lenfant, Arlon.
Le Quellec, Paris.

MM. Lévy, Strasbourg.
Dr Lickteig, Strasbourg.
Lubetzki, Paris.
Maman, Charleville.
Mangold, Strasbourg.
Manteau, Paris.
Maystadt, Verviers.
Merckling, Strasbourg.
Merlin, Toulouse.
Meyer, Guebwiller.
Michel, Rouen.
Miégeville (E.), Le Havre.
Miégeville (V. E.), Paris
Millet, Lyon.
Morineau, Paris.
Neuman, Paris.
Ollagnier, St-Etienne.
Otaola, Bilbao.
Pailliottin, Paris.
Palmer, Le Havre.
Pellier-Cuit, Strasbourg.
Pilmyer, Paris.
Pitot, Mons.
Platschick, Paris.
Dr Pont, Lyon.
Prevel, Paris.
Prud'homme, Marseille.
Quarterman, Bruxelles.
Quintero, Lyon.
Quintin, Bruxelles.
Raton, Lyon.
Ray, Lyon.
Dr Raynal, Marseille.
Regard, Le Havre.
Ribard, Le Havre.
Richaume, Paris.
Riehl, Dijon.

MM. Robin, Reims.
Robinson, Paris.
Rodolphe, Paris.
Rosenthal, Bruxelles.
Roth (Adolphe), Molsheim.
Roth (Louis), Strasbourg.
Roussel, Paris.
Rouvier, Lyon.
Dr Roy, Paris.
Rubbrecht, Bruxelles.
Ruppe, Paris.
Sadrin, Paris.
Salmon, Paris.
Dr Sauvez, Paris.
Serray, Toulouse.
Sokolow, Paris.
Soulard, Lyon.
Stuhl, Paris.
Swetschin, Lyon.
Thuillier, Rouen.
Tournier-Daille, Lons-le-Saunier
Touvet-Fanton, Paris.
Van Aerde, Lille.
Viau (G.), Paris.
Vicat, Lyon.
Dr Vichot, Lyon.
Villain (H.), Paris.
Villain (G.). Paris.
Mlle Villain, Paris.
MM. Vlamynck, Bruxelles.
Wallis-Davy, Paris.
Wintergerst, Paris.
Mme Wintergerst, Paris.
MM. Wirion, Luxembourg.
Wisner, Strasbourg.
Wolf, Strasbourg.
Zimmermann, Paris.

AVIS

Les confrères désireux de faire des communications, démonstrations ou présentations sont priés d'en aviser le président de la Section avant le 30 juin, en en indiquant le titre exact.

Une exposition de fournitures dentaires sera annexée à la section d'Odontologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Mort subite au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle

Par MM. les Docteurs

Courtois-Suffit, Médecin des hôpitaux, Expert près des tribunaux.

et

F. Bourgeois, Interne des hôpitaux de Paris.

Information judiciaire. — Remarques médico-légales[1],

Il n'est pas, en matière de responsabilité médicale, de petit détail ; il n'est pas de fait sans importance.

Les interventions les plus bénignes, les méthodes thérapeutiques les plus usuelles peuvent se compliquer d'accidents graves, exceptionnels, inattendus, quelquefois mortels, qui donnent lieu à l'ouverture d'informations judiciaires, et qui deviennent ainsi, pour des médecins instruits, consciencieux, et, à l'abri de tout soupçon, la source de difficultés sans nombre, lesquelles leur causent fatalement un préjudice important, quelle que soit, d'ailleurs, l'issue de l'enquête. Ce sont ces considérations, nées d'une pratique médico-légale déjà longue, et, au cours de laquelle bien des faits de cet ordre sont venus à notre examen, qui nous ont engagés à rapporter une observation de mort subite, au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle : Observation doublement intéressante, d'une part par ce fait que la mort est survenue dans des circonstances que l'on pourrait qualifier de « normales », l'anesthésie ayant été donnée par un médecin sérieux, après un examen très minutieux de la malade, et que, bien qu'il n'y ait pas eu de plainte portée par les parents de l'opérée, le parquet a cru devoir ouvrir une information judiciaire ; d'autre part, parce que ce cas, nous semble-t-il, soulève une question très importante de technique, qui, malgré l'emploi courant, et, pour ainsi dire, journalier, du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale, est peut-être, aujourd'hui encore, insuffisamment précisée.

1. Communication à l'Académie de médecine le 15 mars 1921. *Bulletin de l'Académie de médecine.*

Voici, tout d'abord, dans quelles conditions, nous fûmes appelés à procéder à l'autopsie d'une femme, décédée au cours d'une anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.

Le... 1920, l'un de nous est commis par le procureur de la République, à l'effet de procéder à l'autopsie de Mme X..., décédée chez un chirurgien-dentiste, qui pratiquait l'extraction d'une dent sous-anesthésie générale donnée, avec le chlorure d'éthyle, par le Dr Y...

L'enquête judiciaire et les dépositions des témoins permettent de reconstituer cette affaire, de la façon suivante :

Mme X..., accompagnée de son mari, va, le matin à 10 heures, consulter M. Z..., dentiste, et lui demande d'extraire une molaire en mauvais état, dont on a tenté déjà l'extraction en province, et qui a été cassée au cours de cette tentative. En raison de l'état de la bouche, et, en particulier, des gencives, qui sont ulcérées, M. Z... estime que l'extraction sera impossible à l'anesthésie locale ; qu'il faudra l'anesthésie générale, et il adresse la malade au Dr Y..., en lui demandant de bien vouloir examiner Mme X..., et donner cette anesthésie, si rien ne s'y oppose.

Le Dr Y... examine très soigneusement la malade, ne constate rien qui puisse contre-indiquer l'intervention, et on convient que celle-ci sera pratiquée le soir même, à 6 heures. A l'heure fixée, la malade, à jeun, est convenablement installée dans le fauteuil spécial. Le Dr Y... opère avec un petit masque de gaz, dans lequel il a brisé deux ampoules de chlorure d'éthyle (kélène) ; la malade s'endort. Le chirurgien-dentiste place alors un ouvre-bouche, et, pour cette opération, on retire le masque à anesthésie ; puis il tente d'extraire la dent (1re molaire inférieure) qui se broie sous son outil. Au bout d'une minute, la malade commençant à se réveiller, le docteur applique le masque une seconde fois, après avoir brisé une troisième ampoule de kélène pour prolonger l'anesthésie et permettre de reprendre l'opération. Mais la respiration de Mme X... devient inégale ; on cesse aussitôt l'anesthésie ; la malade est allongée sur le sol. On pratique la respiration artificielle avec tractions rythmées de la langue, inhalations d'oxygène, injections d'éther, de caféine, etc. ; un chirurgien est même appelé d'urgence ; mais, au bout de plus d'une heure de soins, on cesse toute manœuvre, le décès étant devenu certain.

Le commissaire de police commet un médecin qui examine le cadavre quelques heures après et conclut : « La mort a été déterminée par un arrêt du cœur au court d'une anesthésie générale pour extraction de dents. »

Le mari de Mme X... ne porte pas plainte, déclarant qu'il ne peut accuser personne, qu'il a assisté à l'examen de Mme X... par le Dr Y..., qu'il a été présent pendant tous les événements, et que l'on a tout fait pour lutter contre la mort. Il s'oppose même à l'autopsie. Le Parquet ouvre, néanmoins, une information judiciaire, et nous sommes commis à l'effet de rechercher les causes de la mort et de dire, s'il y a eu une faute commise par le médecin.

L'autopsie est faite 48 heures après le décès et nos constatations sont les suivantes. Il s'agit d'une femme âgée de 25 à 30 ans, vigoureusement constituée, ne présentant extérieurement aucune trace de traumatismes, sauf de piqûres à la cuisse droite. L'examen des différents organes permet de constater leur intégrité parfaite. Les poumons présentent des lésions de congestion banale aiguë, sans trace d'affection chronique antérieure. Le cœur est normal. L'estomac est vide. Le foie est normal, de même que les reins et la rate. Seule la trachée est légèrement congestionnée. L'examen de la bouche permet de constater l'existence d'une stomatite ulcéreuse, avec gencives recouvertes de fausses membranes grisâtres contre-indiquant certainement l'anesthésie locale. La première molaire inférieure gauche est cassée.

Nos conclusions sont les suivantes : le décès de Mme X... doit être attribué à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle. Il n'existait aucune affection antérieure contre-indiquant cette opération. Il n'y a pas eu de faute commise : il s'agit d'un accident analogue à ceux qui se produisent au cours de l'anesthésie par l'éther ou le chloroforme.

Nous insistons encore sur ce point, que la responsabilité du médecin ne pouvait être engagée, toutes les précautions possibles ayant été prises par lui pour éviter les accidents : examen très complet et très minutieux de la malade, certitude de l'intégrité de tous les organes (vérifiée ultérieurement), anesthésie donnée par une méthode couramment employée et suivant une technique décrite dans les livres classiques.

Et pourtant, cette simple observation soulève bien des problèmes !



L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle a été très employée pendant la guerre, et, tout récemment encore, G. Rosenthal[1] pu-

1. G. Rosenthal. *Journ. méd. franç.*, sept. 1920, n° 9. Numéro consacré à l'anesthésie.

bliait dans le *Journal médical français* une excellente étude d'ensemble sur cette question.

Actuellement, presque tous les auteurs, et en particulier Rosenthal dans l'article précité, proclament la quasi-innocuité de cette méthode et l'extrême rareté des cas de mort pendant la narcose. Outre que cette opinion nous paraît singulièrement optimiste, nous croyons qu'il est très imprudent et même très dangereux pour les malades et pour les médecins de la soutenir ; d'une part, parce qu'elle est susceptible de diminuer l'attention des anesthésistes, lesquels, persuadés « qu'il ne peut rien arriver », surveillent fatalement moins leur malade, et, d'autre part, parce que, s'il arrive un accident, la famille, que l'on avait entretenue dans cette idée de l'innocuité de l'anesthésie, sera immédiatement conduite à penser que le médecin a commis une faute lourde.

Loin de nous la pensée, bien entendu, de diminuer en rien la valeur du chlorure d'éthyle comme agent d'anesthésie générale. Ce que nous voulons, c'est attirer l'attention sur ce fait que les alertes et même les accidents mortels sont loin d'être exceptionnels et qu'il est peut-être possible d'en découvrir la raison dans l'imprécision de la technique.

L'un de nous, attaché pendant la guerre à différentes ambulances chirurgicales, a constaté ces alertes dans une dizaine de cas au moins et a observé un cas de mort. Plusieurs médecins et chirurgiens, interrogés par nous, ont été témoins de faits analogues et considèrent, à l'heure actuelle, que, au point de vue des accidents mortels, le chlorure d'éthyle n'est peut-être pas moins nocif que l'éther ou le chloroforme.

Ces accidents sont-ils dus à l'emploi d'une trop grande quantité d'anesthésique ? Or, il résulte des travaux de Nicloux et de Camus [1] que le chlorure d'éthyle est un produit dont l'élimination est extrêmement rapide, et, d'après ces auteurs, la respiration artificielle aurait toujours raison des syncopes avec asphyxie survenant au cours de l'anesthésie.

Reste alors une autre hypothèse : les accidents tiennent peut-être à la manière de donner l'anesthésie ?

Nous avons recherché quelles étaient, à l'heure actuelle, les techniques indiquées dans les différents traités de petite chirurgie et dans les notices décrivant le principe des appareils spéciaux. Il existe actuellement deux moyens de donner le chlorure d'éthyle : ou bien la simple compresse avec ou sans armature de fil de fer recouverte d'imperméable, ou bien les appareils spéciaux, tels que ceux de Camus, d'Abrand, de J. Houzel, etc.

1. Camus et Nicloux. *Acad. des sciences*, 30 déc. 1907.

Or, il est curieux de remarquer que les différents auteurs sont loin d'être d'accord sur la manière de donner le chlorure d'éthyle, que ce soit avec la compresse ou avec les appareils.

Tuffier écrit, à propos du procédé à la compresse : *Il est absolument nécessaire de ne pas laisser respirer d'air*, et ceci est imprimé en italique dans sa *Petite chirurgie*, ouvrage actuellement classique [1]. Le Dr Bourreau [2], dont l'opinion fait autorité en matière d'anesthésie, considère, au contraire, qu'il faut donner le chlorure d'éthyle, comme le chloroforme, mélangé à de l'air, en augmentant peu à peu les doses d'anesthésique.

L'appareil de Camus est construit d'après le principe suivant : on applique sur la face du malade un masque muni d'un bourrelet rendant la fermeture hermétique, et, dans ce masque contenant une très petite quantité d'air, on fait pénétrer plus ou moins vite du chlorure d'éthyle sans nouvelle admission d'air.

Le Dr Houzel, dans un article tout récent [3], considère que cette technique, « par strangulation », est absolument défectueuse, ou provoque d'emblée, dit-il, une chute notable de la tension artérielle, car le chlorure d'éthyle est un hypotenseur de premier ordre. Or, de plus, Lebet a montré que le kélène avait une action directe sur la fibre cardiaque lorsque, par suite de saturation de l'organisme, il parvenait à passer dans le sang.

On peut donc admettre, dans ces cas *d'administration brutale de l'anesthésique*, qu'après une phase de suffocation qui se traduit par une agitation désespérée du sujet qui étouffe, le kélène produit son effet narcotique en envahissant tout l'arbre respiratoire ; que le produit volatilisé, sous pression, peut passer dans le sang, aller au cœur et donner une syncope définitive et irrémédiable (Houzel). L'auteur ajoute qu'il en a observé personnellement un cas et conclut ainsi : « A doses brutales, le chlorure d'éthyle peut être dangereux, par action directe sur le myocarde et, mal administré, il peut produire de gros déboires, tout en étant celui de tous les anesthésiques qui supporte le mieux la médiocrité du geste. Pourtant il a tué et il tuera encore des malades », et ceci surtout, dit Houzel, à cause de la méthode employée, puis parce que le malade est trop souvent endormi sans être à jeun et sans être en position allongée, et l'auteur affirme, en terminant, la supériorité non douteuse de la *méthode d'anesthésie à doses filées*, méthode qui est réalisée par les appareils de Houzel, Abrand, etc

---

1. TUFFIER. *Petite chirurgie*, 1919, 5e édition, p. 278.
2. BOURREAU. Anesthésie générale à la compresse par le chlorure d'éthyle, *Presse méd.*, 1910, n° 43.
3. HOUZEL. *Arch. méd. chir. de province*, janv. 1921.

Ces appareils, en effet, permettent l'admission d'air en plus ou moins grande quantité, et leurs auteurs font remarquer qu'il est facile, avec eux, de prolonger ou, au contraire, de suspendre l'anesthésie, selon l'admission plus ou moins grande d'air, ou, au contraire, d'anesthésique.

Par cet exposé, on voit donc combien il est difficile de se faire une opinion précise sur la meilleure manière d'administrer le chlorure d'éthyle, puisque le praticien se trouve en présence de deux méthodes nettement opposées, doses brutales ou doses filées, défendues chacune par des auteurs d'une notoriété et d'une valeur non douteuses.

Il est, d'autre part, un fait que nous avons souvent remarqué dans notre pratique personnelle, dont la réalité nous a été confirmée par les témoignages oraux d'autres médecins et chirurgiens et qui, cependant, n'est mentionné dans aucun des travaux cités ci-dessus ; c'est le suivant :

Nous avons observé, pendant la guerre, que chaque fois qu'une alerte anesthésique s'est produite, c'est toujours dans les circonstances suivantes : Le malade, généralement un petit blessé, était endormi rapidement au chlorure d'éthyle, suivant le procédé décrit par Tuffier, c'est-à-dire en appliquant hermétiquement le masque sur la face. Par suite d'incidents ou de difficultés opératoires prolongeant l'opération, on était amené à donner une nouvelle dose de chlorure d'éthyle, et, pour se faire, à enlever le masque pour le recharger, et à laisser le blessé respirer un peu d'air. Presque aussitôt, celui-ci se cyanosait et l'on était obligé d'interrompre l'opération, et de pratiquer la respiration artificielle, et dans un cas, malgré toutes les manœuvres, il fut impossible de ranimer le blessé.

Or, c'est précisément le même fait qui s'est produit dans notre observation : application du masque, narcose, enlèvement du masque, tentative infructueuse de l'opérateur. On remet le masque avec une nouvelle dose de chlorure d'éthyle. Accidents respiratoires. Mort.

Frappés par cette coïncidence, et, en l'absence de tout renseignement, à ce sujet, dans les traités dits « pratiques » de petite chirurgie, nous avons étendu nos recherches aux ouvrages plus spéciaux sur l'anesthésie par le chlorure d'éthyle, et nous avons pu ainsi relever dans un livre de Malherbe[1], une observation qui semble calquée sur la nôtre :

Il s'agit d'un ouvrier que l'on anesthésie pour une tumeur de la

---

1. MALHERBE et LAVAL. *L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. Etude basé sur* 1000 *cas personnels*, Paris, 1903, Vigot frères.

jambe. La quantité de chlorure d'éthyle n'est pas notée ; au bout de 2 minutes, survient une excitation énorme. On redonne aussitôt une nouvelle dose de chlorure d'éthyle. Le sang devient noirâtre, des convulsions tétaniques, de la dyspnée apparaissent, et, rapidement, la mort.

Il semble bien que l'anesthésie a été donnée en deux temps, et que c'est le fait d'avoir donné une nouvelle dose d'anesthésique qui a déclanché les accidents mortels.

Dans le même ouvrage, Malherbe et Laval rapportent les expériences de Haslebacher qui concluait ainsi : La répétition des doses de chlorure d'éthyle sur le même individu, au cours d'une même anesthésie, doit être évitée généralement à cause des troubles hépatiques, rénaux ou cardiaques que l'abus de cet anesthésique a pu faire constater expérimentalement.

N'a-t-on donc pas le droit de penser, pour toutes ces raisons cliniques et expérimentales, que les accidents graves peuvent être dus à une technique insuffisamment précisée, et qu'il serait utile que les physiologistes et les chirurgiens indiquassent d'une façon définitive quelle est la technique à suivre et donnassent à ce sujet des directives précises comme cela a été fait pour d'autres agents d'anesthésie, l'éther, le chloroforme, etc.

Quoi qu'il en soit, et c'est ce sur quoi nous tenons surtout à insister ici, nous estimons qu'il est imprudent d'écrire et de répéter que le chlorure d'éthyle est un anesthésique tout à fait exempt de danger, et nous ne faisons, en cela, que confirmer les opinions émises par d'autres auteurs, tels que Lop [1], Houzel [2], Chassin [3] et Bardet [4], lequel terminait une étude sur les accidents de l'anesthésie par le chlorure d'éthyle en disant « il faut se garder de considérer ce produit comme un anesthésique inoffensif et il faut avoir la notion bien nette que tout corps capable de tuer le sentiment est une drogue dangereuse ».

* * *

Peut-être éviterait-on bien des mécomptes en se souvenant de cette dernière formule, et, en particulier, mettrait-on les praticiens en garde contre les accidents, peut-être évitables, et par suite, contre des poursuites judiciaires, sources évidentes de préjudices professionnels graves.

Dans l'affaire rapportée ci-dessus, notre conclusion n'était pas

1. Lop. Notes de chirurgie, *Presse méd.*, 1908, n° 38.
2. Houzel. *Arch. méd.-chir. de province*, janv. 1921.
3. Chassin. *Bull. des sc. pharmacol.*, 1920, n° 2.
4. Bardet. *Soc. de thérap.*, 15 mai 1913.

douteuse, et elle était conforme à l'opinion adoptée, par la Société de médecine légale, à la suite d'un rapport de Chassevant[1], sur la responsabilité des médecins dans l'emploi des anesthésiques.

Dans ce rapport, il est dit, en effet, au paragraphe 6 : « La responsabilité civile du médecin ne doit être engagée que lorsqu'on relève contre lui de la négligence ou de la légèreté. » Ce travail mettait au point la question de la responsabilité médicale, à la suite d'un jugement rendu quelques mois auparavant, en décembre 1905, par le tribunal de Château-Thierry, qui avait admis la responsabilité d'un médecin, dont le malade était mort au cours d'une anesthésie, par le chloroforme, pour réduction d'une luxation de l'épaule. L'exposé de ce jugement était ainsi conçu : Le médecin n'avait pas assez averti le malade du danger de l'anesthésie par le chloroforme, alors que l'affection dont était atteint ce blessé n'était pas fatalement mortelle.

On conçoit, ainsi que le faisait remarquer le prof. Dupré, que, si une telle manière de juger se généralisait, l'exercice de la chirurgie serait singulièrement entravé.

Or, il faut bien reconnaître que, malheureusement, à l'heure actuelle, et de récents procès en sont la confirmation, la tendance du public se fait de plus en plus grande à poursuivre devant les tribunaux le médecin ou le chirurgien malheureux. Dans l'affaire rapportée ci-dessus, la famille ne s'était pas portée partie civile ; mais supposons un moment qu'il y ait eu une action civile engagée et un procès avec plaidoiries : l'avocat de la partie civile n'aurait pas manqué, textes en main, de dire que l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle est absolument exempte de danger, que la mort résulte d'une faute du médecin et que sa responsabilité est, de ce fait, engagée. Et, de là, matière à discussions, plaidoiries, expertises, dont les résultats, favorables ou non, auraient singulièrement compromis la réputation et la situation professionnelle du médecin.

Soyons donc prudents dans les affirmations concernant la nocivité ou la non-nocivité des anesthésiques généraux, et répétant ce que nous disions, au début de cet article, rappelons-nous toujours qu'en matière de responsabilité médicale, il n'y a pas de petite intervention, de petite manipulation médicale, qui ne puisse, à tout moment, devenir une source de difficultés. Evitons donc d'en ajouter d'autres, en vulgarisant des notions, quelquefois un peu inexactes ou trop optimistes.

---

1. CHASSEVANT. *Soc. de méd. légale*, 11 déc. 1905 et 8 janv. 1906.

LES ÉLECTIONS AU CONSEIL DE PRUD'HOMMES

Nous avons publié dans notre numéro de janvier la lettre écrite par le Secrétaire général de l'A. G. S. D. F. à la Préfecture de la Seine pour demander la radiation du Président, M. G. Fouques, de la liste des élections à ce Conseil, en raison de ce que les chirurgiens-dentistes exercent une profession libérale.

M. Fouques a reçu la réponse suivante de la Mairie du 8e arrondissement de Paris, qu'il a communiquée au Bureau, dans sa réunion du 12 avril, et que nous croyons intéressant de publier:

Paris, 31 mars 1921.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous donner avis qu'en vertu de la loi du 27 mars 1907 vous avez été rayé de la liste électorale prud'homale comme ne réunissant pas les conditions requises pour y être inscrit.

Si vous avez des objections à faire valoir, vous pourrez vous présenter à la Mairie jusqu'au 20 avril inclus ou bien réclamer contre cette radiation en vous adressant au juge de paix de l'arrondissement au mois d'octobre, pendant la période de 15 jours fixée pour les réclamations.

Recevez, etc.

Le Maire du VIIIe arrondissement,

Dr MARÉCHAL.

M. Godon a reçu une lettre semblable, indépendamment de celle qui lui avait été adressée et que nous avons publiée en janvier.

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN ALSACE-LORRAINE PAR LES DENTISTES NON DIPLOMÉS

Nous avons annoncé dans notre numéro de mars que l'art. 3 du projet de loi relatif à l'exercice de l'art dentaire en France pa les praticiens alsaciens-lorrains — article concernant les dentistes non diplômés — avait été disjoint et renvoyé à la Commission sénatoriale.

La question est revenue au Sénat dans la séance du 21 avril.

M. le Président du Sénat a donné lecture de la nouvelle rédaction de la commission pour l'article unique :

« *Article unique.* — Les dentistes non diplômés qui ont été autorisés à exercer leur profession dans les trois départements du Haut-

Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, par l'arrêté du commissaire général de la République en date du 14 septembre 1919 et qui auront été réintégrés dans la nationalité française ou l'auront obtenue, pourront, pendant un délai de six années, à partir de la promulgation de la présente loi, s'ils sont âgés de vingt et un ans au moins, subir les examens prévus au décret du 25 juillet 1893 sans être soumis à aucune des exigences de l'article 2 dudit décret. »

Un nouvel amendement a été déposé par le général Taufflieb.

Rédiger ainsi cet article :

« Les dentistes non diplômés qui exerçaient l'art dentaire en Alsace et en Lorraine avant le 11 novembre 1918 et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité sont autorisés à exercer l'art dentaire dans toutes les autres parties du territoire aux conditions prévues à l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892.

» Les dentistes non diplômés qui exercent l'art dentaire depuis le 11 novembre 1918, conformément aux prescriptions de l'arrêté du commissaire général de la République en date du 24 septembre 1919, et qui ont obtenu la nationalité française, sont autorisés, pendant un délai de six années à partir de la promulgation de la présente loi, à exercer l'art dentaire dans toutes les autres parties du territoire en satisfaisant aux examens prescrits par le décret du 11 janvier 1909 et après avoir accompli les trois dernières années d'études prescrites par ce décret. »

Cet amendement est renvoyé à la commission sur la demande de M. Jénouvrier, rapporteur. La suite de la discussion est ajournée.

(*Journal officiel* du 2 avril 1921, p. 982).

A. G. S. D. F.

Le Bureau de l'A. G. S. D. F. s'est occupé tout spécialement depuis quelque temps des assurances sur les accidents du travail ; nous publierons dans notre prochain numéro un communiqué résumant les diverses consultations qu'il a prises sur ce sujet, ainsi que les Conseils qu'il se propose de donner à la profession en cette matière.

BIBLIOGRAPHIE

Précis des maladies des dents et de la bouche.

Par le Dr PONT, Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

Volume de 900 pages, 415 figures. Collection Testut. Librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le Dr Pont notre confrère et ami vient de publier dans la collection médicale bien connue, dirigée par le Professeur L. Testut, un ouvrage traitant des questions de notre spécialité.

Ce livre se présente sous forme d'un manuel de 900 pages, illustré de nombreuses figures.

Il comprend cinq grandes divisions.

La première est un exposé de l'anatomie, de l'embryologie et de la physiologie dentaires.

La deuxième traite de la pathologie des dents et de la bouche.

La troisième expose la dentisterie opératoire.

La quatrième est consacrée à la prothèse dentaire et chirurgicale.

La cinquième et dernière est un exposé de l'orthodontie.

Le Dr Pont s'est efforcé dans chacun des chapitres de son livre de n'exposer que des théories ou des procédés véritablement devenus classiques excluant toute idée de parti pris ou de préférence personnelle.

Tout ce que nous avons lu nous paraît parfaitement conforme aux idées les plus modernes et parfaitement applicable dans la pratique journalière.

C'est une belle qualité pour un auteur que de savoir oublier pour un temps son érudition et de chercher surtout à rendre un service réel à son lecteur en le débarrassant de l'exposé de tous les procédés vieillis ou irréalisables.

Le but que s'est proposé l'auteur est d'intéresser à la profession dentaire les étudiants en médecine, jusqu'à ces derniers temps encore dépourvus de toute culture officielle spéciale.

L'enseignement de la stomatologie vient d'être inauguré dans les Facultés ; cet enseignement théorique, forcément éloigné des questions de détail, doit être précédé et suivi de lectures. Le livre du Dr Pont sera lu avec fruit par les étudiants en voie d'initiation aux questions dentaires. Il leur permettra, dit l'auteur dans sa préface, de se préparer aux examens et ensuite dans leur pratique d'être plus à même de conseiller et de guider leurs patients et de les inciter à recourir plus souvent aux soins et moins sou-

vent à l'extraction, un peu trop systématisée jusqu'ici, surtout dans la population rurale.

Nous sommes heureux de lire dans la préface l'hommage rendu par le Dr Pont aux écoles françaises relevant, après plus d'un siècle d'oubli officiel, la profession dentaire. Leur effort a conduit à la création du diplôme de chirurgien-dentiste d'abord, et plus récemment à l'exigence de cinq années d'études. Elles peuvent être fières de leur rôle, et les hommes qui les ont dirigées ou qui les dirigent encore (le Dr Pont est de ceux-là) ont droit à la reconnaissance des patients mieux soignés et des praticiens plus instruits et surtout mieux considérés.

Nous tenons en terminant à remercier, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, le Dr Pont pour l'envoi qu'il lui a fait de son livre avec la dédicace « A l'Ecole dentaire de Paris, hommage d'un ancien élève ».

Dr Solas.

Ensayos odontométricos (Essais odontométriques).

M. Juan Ubaldo Carrea, professeur titulaire de technique de prothèse, a présenté, sous ce titre, à la Faculté des sciences médicales de l'Université nationale de Buenos-Ayres pour l'obtention du titre de docteur en odontologie une thèse éditée chez Denuble.

Le volume, de 81 pages, illustré de 50 gravures, est divisé en quatre chapitres. Le premier est relatif à l'adulte, le second à l'enfant, le troisième aux relations entre l'enfant et l'adulte ; le quatrième formule 55 conclusions.

C'est un travail de recherches personnelles, contenant des théories nouvelles que l'auteur estime devoir être la base de nouvelles lois de recherches anthropométriques et odontologiques ; aussi n'y a-t-il point de bibliographie. Toutefois, la théorie du triangle équilatéral de Bonwill paraît être le fondement de cet ouvrage.

VARIA

Un journal de Marseille, *le Petit Bourgeois*, a publié récemment, sous l'inspiration d'un mécanicien pour dentiste, un violent article contre les dentistes. Nous en reproduisons quelques extraits afin d'édifier nos confrères.

DENTISTES OU MERCANTIS

La grève des mécaniciens-dentistes de Marseille, si elle touche peu l'opinion publique, appelle l'attention sur cette corporation et sur les dentistes qui les emploient.

Les mécaniciens gagnent 120 fr. par semaine; ils trouvent que 17 francs par jour sont insuffisants pour des ouvriers qualifiés dont l'apprentissage est fort long. C'est une affaire à débattre entre eux et leurs employeurs, et nous n'avons pas à prendre parti dans ce conflit. Mais ce que nous avons le droit d'exiger, c'est qu'une augmentation éventuelle de leurs salaires n'amène pas une augmentation du tarif de messieurs les « chirurgiens-dentistes ». Leurs tarifs sont déjà exagérément élevés et, à ce point de vue, ces messieurs n'ont rien à envier aux mercantis les plus rapaces.

Sait-on qu'un façonnier, à qui ils achètent leurs appareils de prothèse, leur vend, par exemple, une courone en or entre 12 et 20 francs, et qu'ils la comptent à leurs clients entre 100 et 200 fr. ?

Non contents de bénéfices aussi exagérés, messieurs les dentistes veulent se réserver le monopole des appareils de prothèse et interdire aux mécaniciens-dentistes de travailler à leur compte. C'est exactement comme si les chirurgiens, après avoir enlevé une jambe ou un bras, voulaient se réserver le droit de vendre au patient le membre artificiel dont il a besoin.

Notons que pas un dentiste sur cent n'est capable de fabriquer un dentier. Ils prennent l'empreinte, les mécaniciens font ensuite tout l'ouvrage. Dès lors, les dentistes ne sont plus que des marchands. De quel droit prélèvent-ils sur les appareils des bénéfices aussi exagérés ?

Le bon public, qui ignore tout de la question, et qui a besoin, pour mastiquer, des dents naturelles ou artificielles, paie et se laisse gruger. Il est temps que ce scandale cesse. La justice ne pourrait-elle pas fourrer son nez dans les tarifs de ces messieurs ?

Notre confrère, M. Robert Morche, collaborateur littéraire du *Petit Bourgeois*, justement indigné de ces procédés de polémique, a répondu par la lettre suivante qui met les choses au point :

Mon cher Directeur,

Il est fâcheux que parmi tant de saines et utiles campagnes le *Petit*

Bourgeois ait cru, sur la foi d'un rédacteur mal renseigné ou égaré par la passion, prendre si violemment parti, dans le numéro 28 du 1er novembre 1920, pour les mécaniciens-dentistes contre les chirurgiens-dentistes.

Il y a des mercantis partout, c'est entendu, aussi bien chez les dentistes que chez les médecins, les pharmaciens, les avocats, les hommes de lettres, tout comme chez les vulgaires commerçants. Ceux-là, combattez-les, je suis d'accord avec vous.

Mais insulter du nom de « mercanti » un chirurgien-dentiste qui compte à un client aisé cent ou deux cents francs pour une couronne en or (même si ce travail de luxe ne lui revient qu'à 20, 30 ou 40 francs), c'est ignorer *volontairement* la nature délicate des soins que demande une dent avant la pose de la couronne, la responsabilité de celui qui les donne et surtout c'est faire fi de ses frais généraux qui ont quadruplé depuis la guerre.

Un fauteuil dentaire de 1.000 francs coûte maintenant 4.000 francs, un tour électrique 2.500 francs au lieu de 600, un meuble moderne de cabinet 3.000 au lieu de 800, etc..., etc... et si des mécaniciens ne coûtent parfois que dix-sept francs par jour aux dentistes qui les emploient, combien d'autres, par contre, touchent plus de mille francs par mois comme premiers ouvriers prothésistes !

Le plus exorbitant de l'article de votre collaborateur, c'est son affirmation que « pas un dentiste sur cent n'est capable de faire un dentier ». Je m'étonne, mon cher Directeur, que vous, profane en la matière, vous insériez de telles... « erreurs » qui pourraient vous valoir de graves ennuis avec les syndicats dentaires, défenseurs naturels des chirurgiens-dentistes ainsi diffamés. Si cela était vrai, ce serait profondément regrettable pour les facultés de médecine qui délivrent le diplôme d'Etat aux aspirants dentistes après cinq années d'études médico-dentaires et plusieurs examens probatoires...

Enfin, si MM. les mécaniciens-dentistes désirent, comme les chirurgiens-dentistes, exercer leur art en clientèle publique, cela leur est parfaitement possible sans enfreindre la loi : ils n'ont, eux aussi, qu'à faire leurs cinq années d'études et obtenir leur diplôme. Ils auront alors tous les droits et c'est ce qu'un certain nombre d'entre eux ont très bien compris.

Mais, en attendant, les chirurgiens-dentistes ne peuvent autoriser, pas plus que la loi qui est formelle, l'exercice illégal de l'art dentaire, spécialité médicale, par de simples ouvriers mécaniciens n'ayant aucune connaissance de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique dentaires et qui ne pourraient neuf fois sur dix *préparer une bouche*, prendre une empreinte et poser un appareil qu'avec des dangers multiples pour leurs malheureux patients (La pose d'une couronne, par exemple, n'est possible qu'après le traitement, la dévitalisation, le fraisage et le meulage de la dent qui doit la supporter, opérations dont est *absolument incapable* le mécanicien !)

Et si votre correspondant dentistophobe trouve exagérés les honoraires du dentiste, que dira-t-il du chirurgien qui demande 5.000 francs

pour ouvrir un ventre, alors qu'il n'a pas dépensé cent sous de chloroforme, de l'avocat qui compte 10.000 francs pour une plaidoirie de deux heures ou du portraitiste en vogue qui ne fait pas un buste pour moins de 20.000 francs ! La « matière première » pour l'avocat et pour le peintre ne dépasse pourtant pas en valeur, semble-t-il, celle du dentiste !

En résumé, mon cher Directeur, combattez les mercantis de la corporation médicale et dentaire, et il y en a hélas ! mais ne généralisez pas et ne contestez pas à ceux qui ont fait de longues et coûteuses études, acheté ou fondé chèrement un cabinet, la légitimité de leurs honoraires. Combattez les charlatans — nos syndicats les combattent aussi — combattez les métèques qui pullulent chez nous comme partout, combattez aussi l'exercice illégal, je serai d'accord avec vous, mais ne changez pas vos brillantes campagnes (auxquelles je me suis dévoué de tout cœur) en plaidoyers injustes en faveur de revendications qui n'ont, au point de vue de la loi, du droit, de la justice et de la logique, aucune raison d'être.

Excusez, mon cher Directeur, cette longue réponse d'un chirurgien-dentiste, votre confrère en littérature, et veuillez croire à mes meilleurs et distingués sentiments.

A cette lettre si juste de notre confrère Robert Morche, le rédacteur anonyme du *Petit Bourgeois* a répondu que le dentiste était « un commerçant qui fait faire une marchandise déterminée pour la revendre et qu'il devait, comme tout commerçant honnête, se contenter d'un bénéfice de 30 o/o ».

La conclusion du *Petit Bourgeois* est simplement délicieuse :

Moralité : Petits bourgeois, ne vous laissez pas voler. Si vous avez besoin d'un appareil dentaire, passez d'abord chez un façonnier, prenez son prix courant, puis mettez-le sous les yeux de votre dentiste. S'il ne se montre pas accommodant, allez chez un autre vous faire mettre la mâchoire en état ; ceci fait, adressez-vous à un mécanicien-dentiste. Il vous fabriquera chez lui l'appareil qu'il vous eût fait chez son patron, et tous deux vous y trouverez votre compte. Seul le dentiste ne sera pas content ; mais à trop tirer sur la corde, on la casse.

Tous les dentistes, à quelque opinion qu'ils appartiennent, feront profit de cette polémique. La citation latine est, en l'espèce, de rigueur plus que jamais : *Et nunc erudimini !*

R. M.

NÉCROLOGIE

Emile Combes.

Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Emile Combes, sénateur, ancien président du Conseil des Ministres, membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris.

Dans plusieurs circonstances il avait donné son appui à notre Institution, à laquelle il portait un grand intérêt.

Nous prions sa famille d'agréer nos respectueuses condoléances.



Notre confrère M. René Bertaux, membre de l'A. G. S. D. F., a eu la douleur de perdre sa mère, Mme veuve Bertaux, décédée le 28 mars 1921 à 82 ans.

* * *

Notre confrère, M. Duittoz, membre de l'A. G. S. D. F., a été éprouvé cruellement par la mort de sa sœur, Mme veuve Bégué, survenue le 19 avril 1921 à l'âge de 42 ans.

Nous exprimons à nos confrères et à leurs familles nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Léon Bioux, vice-président et trésorier de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et ancien président de l'A. G. S. D. F.

Cette distinction avait été demandée par le Groupement en même temps que celles qui ont été accordées à MM. Godon, P. Martinier et Roy. Elle est accompagnée, au *Journal officiel* du 12 mai, de la mention suivante (Décret du 7 mai 1921 rendu sur la proposition du ministre de la Guerre) :

Bioux (Léon-Désiré), chirurgien-dentiste à Paris, président de l'Association générale des dentistes de France. Titres exceptionnels : bien que dégagé d'obligations militaires, s'est mis dès le premier jour des hostilités à la disposition de l'important service du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et a collaboré

de 1915 à 1919 à l'organisation et au fonctionnement du dispensaire militaire V. G. 88, annexe de l'hôpital du Val-de-Grâce, donnant à tout instant les preuves de son dévouement, de son zèle et de sa haute compétence.

Nous nous réjouissons de cette récompense et adressons à notre collègue nos cordiales félicitations.



Nous apprenons également la nomination de chevalier de notre confrère, M. le Dr Didsbury, membre de l'A. G. S. D. F., avec la mention suivante :

Didsbury (Henri), docteur en médecine, dentiste honoraire des hôpitaux de Paris. Titres exceptionnels : bien que dégagé de toute obligation militaire par son âge, s'est mis à la disposition du Service de santé pendant la durée des hostilités, Administrateur bénévole à l'hôpital auxiliaire 253, a donné, en outre, des soins aux nombreux militaires traités dans les hôpitaux auxiliaires nos 8 à Clichy et 254 à Levallois.



Enfin nous relevons aussi dans le *Journal officiel* du 2 mai les nominations suivantes de chevalier de la Légion d'honneur (décret du 16 mars 1921) :

Dentistes.

Brille (Marcel-Jacob), dentiste de 2e classe au Gouvernement militaire de Paris : dentiste militaire de grand mérite, qui, dans un régiment d'infanterie, a été pour son médecin chef un collaborateur des plus précieux, faisant à l'occasion fonction de médecin auxiliaire et coopérant aux évacuations des blessés avec un dévouement sans limite et un mépris absolu du danger : 3 blessures par éclats d'obus, 2 citations.

Budin (Pierre), dentiste de 2e classe au 2e corps d'armée : blessé grièvement en 1914, fait prisonnier, a pu, grâce à son énergie et à son mépris du danger, s'évader en 1915 du camp de Nuremberg. A eu pendant sa captivité une attitude très noble. 1 blessure, 1 citation.

Filderman (Jacques), dentiste de 2e classe au Gouvernement militaire de Paris : a fait preuve en toutes circonstances du plus entier dévouement et du plus grand sang-froid. Au début de la guerre, s'est montré dans un corps de troupes gradé plein de courage et d'ardeur, toujours volontaire pour les missions périlleuses. 1 blessure, 3 citations.

Nous adressons à tous ces confrères nos très sincères félicitations.

École Dentaire de Paris.

Conseil du corps enseignant. — Le Conseil du corps enseignant s'est réuni le 26 avril. Il a maintenu en fonctions son Bureau, composé de MM. Godon, *président*, Desgrez et Roy, *vice-présidents*, G. Fouques, *secrétaire*, et constitué ainsi sa commission permanente : *président*, M. Godon ; *membres*, MM. Camus, Marcel Boll, Blatter, G. Villain. Il a entendu un rapport de M. G. Villain sur l'unification de l'enseignement, s'est livré à une discussion sur les examens de fin d'année et a émis divers avis, notamment sur la réinvestiture de membres du corps enseignant.

Nominations. — Par décision du Conseil d'administration du 12 avril 1921, M. Francis Jean a été nommé membre honoraire du Groupement ; M. Maudry a été nommé démonstrateur honoraire.

Par décision du Conseil d'administration du 10 mai M. J. Choquet a été nommé professeur honoraire.

A la suite des concours ouverts ont été nommés à la même date avec félicitations du jury : M. Ruppe, professeur suppléant de prothèse restauratrice ; M. le Dr Solas, professeur suppléant de chirurgie dentaire ; M. le Dr Chenet, chef de clinique de prothèse restauratrice.

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 3 mai à 8 heures 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M Chenet. — Les accidents de l'incisive latérale supérieure ;

2° M. G. Villain. — Utilisation de l'angle dento-maxillo-facial en prothèse et en orthopédie dentaires ;

3° M. Hulin. — Etude expérimentale sur les effets de l'infection dentaire ;

4° Suite de la discussion générale sur la question des infections périapicales et leurs rapports avec l'état général des patients ;

5° Incidents de la pratique journalière.

Démonstrations pratiques, organisées par la Société d'Odontologie de Paris. — Une séance de démonstrations pratiques a eu lieu le dimanche 29 mai à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, avec le programme suivant :

1° Anesthésie tronculaire, par M. le Dr Léon Frey.

2° Opérations de stomatologie, par M. le Dr Raty.

3° Démonstration pratique sur patient de la nouvelle méthode de prise d'empreintes, d'après les travaux de Green, Tench, Clapp et Supplee, par M. G. Chapey :

a) Préparation des bases d'empreinte. — *b*) Prise de l'empreinte. — *c*) Enregistrement des mouvements de latéralité d'après la méthode du professeur Gysi. — *d*) Présentation en bouche d'un dentier terminé pour montrer les résultats acquis.

4° Travaux pratiques en ivoire plastique, scellements de couronnes et de bridges, obturations, imitation de continuous gum et émaillage, etc., par M. Eilertsen.

5° Présentation d'appareils à tendeur, par M. Paul Housset.

6° La prise d'articulation intra-buccale pour les appareils partiels et les bridges, par M. Gonon.

7° Quelques cas d'orthodontie traités dans le service de l'Ecole dentaire de Paris (présentation de malades), par MM. G. Villain et Arnold.

8° Couronnes-crochets, par MM. G. et H. Villain.

9° Présentation d'un appareil de prothèse restauratrice (perforation palatine par blessure de guerre), par M. Albert Debray.

10° Anesthésies générales au protoxyde d'azote avec l'appareil du Dr Desmarest, par MM. Lericolais et V. E. Miégeville.

11° Bridges mobiles amovibles, par M. Chayer, de New-York.

Mariage. — Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Robert Morche, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marie Jeanne Spitzmuller, qui a été célébré le 27 avril.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur.

Au Canada. — L'Ecole de chirurgie dentaire de Montréal (Canada), dirigée par notre confrère le Dr Dubeau, vient d'être transformée en Faculté dentaire. Elle occupe maintenant dans la hiérarchie universitaire le même rang que les Facultés de droit, de médecine, de lettres ou de sciences et jouit des mêmes privilèges.

Exposition d'hygiène dentaire. — Le 26 mars, à 3 heures, a eu lieu à La Haye, en présence du Prince Henri, accompagné de son aide-de-camp, K. de Mühlen et de nombreuses personnalités du monde médical et de l'enseignement, l'ouverture officielle de l'Exposition d'hygiène dentaire. Le président de l'Association

dentaire haguenoise, le Dr van Hasselt, prononça un discours dans lequel il signala les bienfaits de l'hygiène de la bouche et attira l'attention sur les grands services rendus par l'hygiène dentaire.

Ensuite le Dr N. Josephus Jitta, président du Conseil d'hygiène, prit la parole et s'étendit sur l'importance de cette exposition pour la santé du peuple et sur le rôle qu'une bonne dentition joue au point de vue d'une nutrition saine et complète.

Syndicat des chirurgiens-dentistes du Rhône et des régions voisines. — L'assemblée générale d'été du Syndicat aura lieu à Clermont-Ferrand les samedi 11 et dimanche 12 juin, avec le programme suivant :

Samedi matin, réception des confrères et vin d'honneur à l'hôtel.
Midi, déjeuner.
2 heures, promenade à Clermont et à Royat.
6 heures, séance professionnelle.
7 heures, dîner.
8 h. 1/2, soirée offerte par les confrères de Clermont.
Dimanche matin, excursion en auto-cars; départ à 8 h., retour à 6 h. 1/2 du soir.

Congrès annuel de l'Association dentaire britannique. — Rappelons que ce Congrès se tiendra à Bath les 22, 23 et 24 juin.

Les communications et démonstrations seront faites les 22, après-midi, 23 toute la journée et le 24 au matin, le banquet aura lieu le 23.

Congrès dentaire australien. — Le 4e Congrès dentaire australien aura lieu à Melbourne le 22 août 1921.

Section dentaire d'Université. — Dans sa séance du 16 mai 1921 le Grand Conseil du canton de Berne a approuvé la création d'une section dentaire à l'Université et a accordé un crédit maximum de 50.000 fr. à la Direction pour achat d'instruments.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

MANIFESTATION PROFESSIONELLE DU 16 AVRIL 1921

La manifestation professionnelle organisée en l'honneur de la promotion ou de la nomination dans la Légion d'honneur de MM. Godon, P. Martinier et Roy a été réellement imposante. Elle constitue plus qu'un succès, elle représente une véritable consécration officielle du mérite de ces trois hommes et de leur long passé de services, puisqu'elle a permis d'établir la synthèse même de la vie publique de trois des meilleurs collaborateurs de l'Ecole dentaire de Paris et, par voie de conséquence, la synthèse de l'œuvre accomplie depuis 40 ans par cette Ecole et ses annexes.

A côté des 151 convives du banquet il faut faire une place aux très nombreux confrères de France et de l'étranger, auxquels l'éloignement ne permettait pas d'y prendre part, mais qui se sont associés à la fête par l'envoi d'adresses, de félicitations ou de souscriptions pour contribuer à l'achat des insignes, de telle sorte que la manifestation a revêtu un réel caractère d'universalité.

Le banquet qui a eu lieu au Palais d'Orsay, à 8 heures du soir, était présidé par M. Paul Strauss, sénateur, assisté de M. G. Mesureur, ancien directeur de l'Assistance publique, tous deux présidents d'honneur du Comité de patronage de l'Ecole. Le ministre de l'Instruction publique y était représenté par M. Gendarme de Bévotte, inspecteur général de l'Instruction publique. M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, y assistait, ainsi que M. André Mesureur, directeur du personnel de l'Assistance publique, et M. Bénazet, secrétaire général de la Commission de répartition des fonds provenant du pari mutuel.

Entre autres Sociétés, le Syndicat des dentistes du Nord et du Pas-de-Calais était représenté par un délégué, M. Cohen.

L'organisation matérielle avait été très soignée et tout avait été prévu et réglé dans les moindres détails, de façon à ne rien livrer au hasard. La Commission d'organisation a bien fait les choses.

Au champagne, M. H. Villain a donné lecture des lettres, télégrammes ou cartes d'excuses de MM. l'amiral Lacaze ; le médecin-inspecteur général Rouget, directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris ; Justin Godart, député ; Petit,

Secrétaire général de la Présidence de la République ; Even, député ; Rodolphe ; Dr Frison, de l'Ecole odontotechnique ; Dr Vichot, de l'Ecole dentaire de Lyon ; Marcel Boll, professeur à l'Ecole dentaire de Paris ; Dr Dubeau, directeur de l'Ecole de chirurgie dentaire de Montréal (Canada) ; Quarterman, de Bruxelles ; Decker et Wirion, de Luxembourg ; Mlle Cernéa, MM. Chériquian, Cotel, de Croës, Delattre, Drain, Mme H. Villain, MM. Douhet, Duncombe, Eudlitz, Harwood, Hermann, Housset, Huguet, Dr G. Lemerle, Lévy (de Tunis), Lubetzki, Mouton (Fernand), Poinsignon, Mme Régis, MM. Dr Rolland, Roussel, Rozenbaum, Soret, Victor, membres de la Société.

Puis, un discours est prononcé par M. Blatter, président de la F. D. N. française et directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Ensuite il est procédé à la cérémonie sacramentelle de réception des nouveaux promus par leur parrain respectif qui leur remet en même temps, au milieu des bravos frénétiques de l'assistance, la croix offerte par le Groupement. Les trois parrains : M. Maréchal pour M. Godon, M. Sauvez pour M. Martinier, M. Godon pour M. Roy, prononcent à cette occasion des allocutions qu'on trouvera plus loin.

M. Gendarme de Bévotte, inspecteur général de l'Instruction publique, représentant le ministre de l'Instruction publique, succède à M. Godon ; M. le médecin inspecteur général Toubert et M. G. Mesureur, ancien directeur de l'Assistance publique, prennent ensuite la parole.

M. Quintin, de Bruxelles, parle au nom des sociétés étrangères.

M. le Dr Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, président de l'Association des dentistes du Rhône et de la région, vient ensuite.

Au nom des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, dont 5 assistaient au banquet, un par année, M. Brochier, étudiant de 3e année de scolarité, dit quelques paroles très applaudies.

M. P. Strauss, sénateur, président du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, prononce une allocution chaleureusement applaudie.

Enfin la série des toasts est close par la réponse des trois légionnaires, MM. Godon, Martinier et Roy.



Un concert avait été préparé pour terminer la soirée, mais l'heure avancée à laquelle les toasts ont été finis n'a pas permis de l'exécuter.

Toutefois l'assistance a pu entendre et applaudir deux mor-

ceaux joués avec le remarquable talent qu'on lui connaît par le pianiste consommé qu'est M. Robert Casadesus. La 3e ballade de Chopin et une danse espagnole ont ravi l'auditoire, qui a fait une ovation à l'artiste.

***

En résumé manifestation grandiose et impressionnante, qui couronne dignement la carrière professionnelle publique de trois praticiens de valeur, appréciés, estimés et admirés par tous ceux qui les approchent ou les connaissent et dont les noms font autorité dans la profession.

Allocution de M. Blatter,

Président de la F. D. N. française, Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

C'est avec un sentiment de gratitude que je salue ici le représentant de M. le ministre de l'Instruction publique, M. Gendarme de Bévotte, Inspecteur général.

Votre présence à cette manifestation est une consécration officielle de la reconnaissance des Pouvoirs publics à l'égard de ceux de nos Confrères qui ont bien mérité de la patrie et de la profession.

Nous sommes très honorés que vous ayez bien voulu assister à ce banquet et que vous témoigniez ainsi votre sympathie à l'Ecole dentaire de Paris, que vous connaissez bien.

J'éprouve une joie immense en prenant la parole, au nom du groupement de l'Ecole dentaire de Paris, des Sociétés dentaires françaises, notamment de l'Association générale syndicale des dentistes de France, fondatrice de l'Ecole dentaire de Paris et qui la soutient de tous ses efforts depuis 40 ans, de nos Ecoles sœurs de Paris et de Lyon et de la Fédération dentaire nationale, non seulement pour vous adresser à tous les trois nos félicitations les plus sincères et les plus cordiales, pour les récompenses que vous avez reçues, mais aussi pour vous exprimer notre profonde reconnaissance du long passé de services professionnels qui vous les a values.

Il faut vous envelopper tous les trois dans le même tribut de gratitude parce que vous avez collaboré avec activité, avec intelligence, avec dévouement, avec désintéressement, à la même œuvre, aujourd'hui grande et forte, grâce à vos efforts et à votre concours inlassable.

Dire le passé de notre groupement, c'est presque raconter votre propre histoire, c'est relater l'historique de ce groupement, tant vos actes s'y trouvent intimement mêlés.

Votre modestie ne souffrira sûrement pas, si je juge utile d'énumérer sommairement, pour montrer combien sont légitimes les récompenses que nous fêtons, les rubriques d'archives qui classent en volumineux dossiers vos travaux respectifs.

Votre œuvre maîtresse, cher et vénéré président, la fondation de cette Ecole, si prospère aujourd'hui, est universellement connue et appréciée. A elle seule elle a suffi à établir votre réputation et à vous donner une notoriété mondiale. A côté de ce travail d'Hercule, il en est d'autres tout aussi retentissants, tout aussi passionnants, dont l'utilité et l'efficacité ont été incontestables pendant 40 années de labeur : communications et articles scientifiques dans l'*Odontologie*, à la Société d'odontologie, dans les Congrès nationaux et internationaux ; rapports, notes, mémoires destinés à la Fédération dentaire nationale ou internationale dont vous êtes le Président d'honneur ; livres d'enseignement ; pétitions aux Pouvoirs publics ; polémiques professionnelles ; missions en France et à l'étranger, délégations, audiences, que sais-je encore ? Sans parler du lourd fardeau, porté légèrement cependant par vos rudes épaules, de la direction de l'Ecole, de l'impulsion imprimée à ses annexes, d'une vigilance, d'une surveillance de tous les instants, pour lesquelles les journées ne suffisaient pas et qui exigeaient encore une partie de vos nuits et d'incessants sacrifices de la vie de famille !

Faut il ajouter que vous dépensiez la même activité pour les questions d'hygiène, d'assistance, de bienfaisance, de mutualité, de philanthropie, non seulement dans la profession, mais encore au dehors, dans la vie civile ! En particulier, depuis 11 ans, vous assumez une partie de la charge de l'administration municipale du VIIIe arrondissement et nous vous connaissons assez pour savoir que là encore vous remplissez tout votre devoir.

En vous faisant officier de la Légion d'honneur, mon cher Président, le Gouvernement a répondu aux vœux de vos amis, de vos collaborateurs, de vos élèves, de la profession dentaire française et même de la profession dentaire mondiale. Confrères et sociétés des divers Etats d'Europe et d'Amérique y applaudissent avec nous, parce que, comme nous, ils savent combien vous avez travaillé à donner à notre profession la considération qui lui manquait, en la dotant de la science et de l'Ecole qui en sont aujourd'hui l'honneur.

Depuis 32 ans vous ne cessez, mon cher Directeur honoraire, de rendre des services désintéressés à notre dispensaire, à nos œuvres d'enseignement et de solidarité, à notre profession ; vous n'avez pas connu de défaillance et votre activité s'est étendue à tout ce qui intéresse notre corporation, notre Ecole, nos Sociétés.

Vous y avez rempli toutes les fonctions, occupé tous les postes. Nous vous avons vu donner sans compter votre temps, votre savoir ; nous avons recueilli vos conseils, bénéficié de votre expérience. Dans l'administration, comme dans l'enseignement vous étiez à votre place. Vos articles, vos communications, vos livres sont d'un maître consommé ; vos travaux prothétiques retiennent l'attention des plus habiles ; vous êtes écouté dans nos Congrès. Vous aviez votre place marquée dans toutes les réunions de notre Groupement.

Et quand la guerre est venue, dès la première heure vous fondiez notre Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face. Nous

avons admiré pendant 4 années votre connaissance si complète de la prothèse restauratrice, et avec une patience, une abnégation, une sollicitude admirables, vous avez prodigué aux blessés des soins qui ne pouvaient être ni plus éclairés, ni plus vigilants.

D'autres ont partagé mon admiration et il est juste de penser que cette contribution discrète, mais d'un rare mérite, apportée à l'œuvre si complexe de la Défense nationale, ces services rendus au pays, ont décidé le Gouvernement à vous conférer la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Des hommes tels que vous, mon cher directeur honoraire, sont à citer en exemple à une profession. Nous sommes heureux que les Pouvoirs publics aient apprécié enfin la belle unité de dévouement de votre vie.

Vous appartenez, mon cher collègue Roy, depuis 31 ans à l'École et à tout ce qui gravite autour d'elle. Vous lui appartenez par ce lien étroit et intime qui attache à elle tous les cœurs reconnaissants demeurés fidèles à la maison où ils ont fait leurs études et rencontré leurs amis les meilleurs. D'étudiant laborieux, intelligent, vous êtes devenu le maître savant et bienveillant. Je fus votre élève, je n'ai pas oublié votre enseignement.

Vous n'avez pas limité à l'enseignement votre désir d'être : vous avez été, vous aussi, de toutes nos œuvres si variées ; dans toutes les branches du Groupement vous avez mis de votre activité.

Certes, vous aviez vos préférences, comme nous tous. Que de fois ne vous est-il pas arrivé d'accepter des mandats électifs qui ne vous attiraient pas toujours ! Mais une fois ces mandats acceptés, avec quelle conscience vous les remplissiez ! Et alors qu'il s'agit d'enseignement ou d'administration, vous vous y donniez corps et âme. Combien souvent vous avez dû pour cela dérober au repos ou à la vie de famille, qui vous est si chère, le temps que vous donniez à nos œuvres !

Vous trouviez cependant le temps nécessaire pour produire des travaux scientifiques que l'élite des dentistes français et étrangers ne manquait pas d'apprécier.

Vous êtes un partisan fervent de nos Congrès nationaux et internationaux, vous en êtes un des membres les plus assidus et les longs voyages ne vous effraient pas lorsqu'il y a lieu d'assister dans quelque capitale de l'Europe aux sessions de la Fédération dentaire internationale.

Depuis 24 ans vous êtes rédacteur en chef, avec une compétence remarquable, de notre Journal *l'Odontologie*, et vous en avez fait une des revues les plus scientifiques et les plus pratiques de notre profession.

Et pendant les quatre années de guerre, qu'aurait été sans vous le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face ? Vous veniez, avec une ponctualité et une constance exemplaires, donner des soins, pratiquer les restaurations les plus difficiles, créer des appareils. Vous avez ainsi permis à des milliers de blessés de rejoindre leurs unités combattantes ; grâce à vous de nombreux blessés ou mu-

tilés ont retrouvé l'usage de leurs mâchoires et ont pu, entre vos mains expertes, reprendre figure humaine. Tous savent votre dévouement sans limites, mon cher collègue et mon cher maître, tous apprécient votre science, votre habileté de praticien, et cela est parvenu à la connaissance de ceux qui, au nom du pays, peuvent récompenser les services.

Je pourrais continuer de relater le labeur considérable des trois hommes que nous fêtons ce soir et de montrer le souci qu'ils ont eu de la chose publique ; ce serait inutile : leur réputation est faite et établie depuis longtemps et la manifestation de ce soir n'a d'autre but que de la proclamer publiquement bien haut.

Je les prie, à cette occasion, de vouloir bien accepter, comme un modeste souvenir de la reconnaissance du Groupement, les insignes de leur décoration qui vont leur être remis par leurs parrains : MM. Maréchal, Sauvez et Godon.

Je lève mon verre en l'honneur de nos trois collègues, Godon, Martinier et Roy, qui honorent notre profession.

Remise des décorations par les parrains

Allocution de M. le Dr Maréchal,

Maire du VIIIe arrondissement de Paris.

Mon cher confrère, collègue et ami,

Je viens d'avoir le très grand plaisir de vous proclamer officier de la Légion d'honneur, au nom de M. le Président de la République et de M. le Grand Chancelier, qui m'ont conféré leurs pouvoirs.

Mais maintenant le personnage officiel disparaît en moi pour faire place à l'ami : vous apprécierez, j'en suis certain, toute la valeur de cette rapide substitution.

Donc vous êtes mon filleul, un filleul un peu grand, à qui j'ai donné le baptême, oh ! un baptême civil.

En vous parlant ainsi, je crois, sur ma foi, que je néglige les règles du protocole, mais nous sommes ici entre amis et confrères, et nous n'avons point parmi nous un maître des cérémonies chargé de nous rappeler à l'ordre, si bien que j'en profite pour m'émanciper un peu et pour secouer la poussière des réceptions officielles. Il serait triste que nous pratiquassions entre nous des méthodes un peu vieillottes qui ne sont point d'essence démocratique.

La forme un peu libre dont je revêts ma pensée ne diminue en rien, mon cher confrère, la haute et parfaite estime que je professe pour vous et pour votre art. Car vous êtes l'un des fondateurs de la science odontologique, le créateur de l'enseignement professionnel dentaire en France, et, à ce titre, vous occupez dans le monde savant une place éminente.

Je vous félicite, mon cher Godon, d'avoir rendu depuis un si long temps, de rendre encore tous les jours, les services les plus signalés à

la santé et à l'hygiène, par vos remarquables travaux et votre très heureuse initiative.

C'est un acte de justice, je dirai même c'est un acte de reconnaissance nationale, que de vous avoir décerné le grade d'officier de la Légion d'honneur, comme d'avoir décerné aussi la Croix de chevalier à vos très distingués confrères, M. le Dr Roy et M. Martinier.

Mon cher Roy, vous êtes à notre Mairie un de nos meilleurs collaborateurs, un animateur de nos œuvres, depuis plus de 15 ans. Vice-président de la Bibliothèque populaire et du Comité républicain du VIIIe arrondissement, membre de plusieurs de nos commissions municipales, délégué cantonal, vous avez derrière vous toute une vie consacrée à vos concitoyens. Tous, nous avons largement apprécié votre activité, votre caractère, votre dévouement au bien public. Aussi est-ce une grande joie pour moi que de joindre mes chaleureuses félicitations à celles de vos nombreux amis.

Plus on vous comblera de récompenses, Messieurs, plus j'y applaudirai. Je suis heureux de le dire devant les nombreux savants réunis dans cette salle, qui font le plus grand honneur à notre pays, par leur expérience, par leurs connaissances très étendues, par leur conscience, et par un très haut sentiment de leur dignité.

Vous, mon cher Godon, vous êtes l'un des chefs les plus admirés et les plus vénérés de leur remarquable phalange.

D'autres, plus qualifiés que moi, rappelleront et apprécieront la valeur technique de vos travaux et leur importance sociale. J'ai tenu cependant, dans ce banquet organisé en votre honneur, à en parler en termes généraux.

Pour ma part je vous veux louer surtout pour les services par vous rendus et pour la belle unité de votre vie.

Démocrate de vieille, de très vieille date, vous faites partie du Comité républicain du VIIIe arrondissement depuis 1882, c'est-à-dire depuis près de 40 ans ; vous y avez donc célébré vos noces d'argent. Puissiez-vous y célébrer aussi vos noces d'or et même de diamant !

Vous avez pris part à toutes les luttes contre les partis adverses. En 1885, le Comité républicain vous délègue au comité central radical, présidé par Maujan, devenu, depuis, sénateur et sous-secrétaire d'Etat à l'Intérieur.

On vous y adjoint notre très cher Lagarrigue, que j'aperçois parmi nous, votre ami et le mien, votre collaborateur de toujours.

C'est dans ce comité très actif que vous fîtes la connaissance d'Hovelacque, de Patenne, de Chautemps, de Legrandais, d'Ernest Rousselle, tous aujourd'hui disparus et dont je salue la mémoire.

C'est aussi à cette époque que vous vous liâtes tout particulièrement avec M. Paul Strauss et avec M. Gustave Mesureur, devenus depuis les Présidents d'honneur de votre Société, vers lesquels vous attirait votre commune passion pour les problèmes économiques et les questions d'assistance.

Aussi l'éminent sénateur de la Seine, M. Paul Strauss, a voulu présider cette fête célébrée en l'honneur de son vieil ami.

Mon cher président, par vos travaux, par votre amour pour le bien

public, par votre dévouement pour les déshérités, que vous regardez et que vous traitez comme vos enfants, je dis que vous êtes un grand citoyen, un grand Français. Votre amitié est de celles qui honorent ceux qui en sont l'objet.

Permettez-moi de penser et de dire que vous m'en donnez une part, comme je vous ai donné la mienne tout entière.

*
* *

Vous aussi, Monsieur le Ministre, vous êtes un grand citoyen à qui l'on ne manque pas de rendre justice, Président du Conseil municipal, député, Ministre, Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine, partout, vous avez été égal aux hautes fonctions que vous avez remplies. De même que Godon, je m'honore de l'amitié qui nous unit.

Et je me plais à rappeler ici les paroles par lesquelles M. le Préfet de la Seine résumait récemment l'œuvre admirable que vous avez accomplie à l'Assistance publique. « La carrière de M. Mesureur, disait-il, a été bien remplie. Il emportera dans sa retraite le témoignage qu'il mérite : d'avoir été un bon serviteur de la cause sacrée des pauvres et des malades. »

*
* *

Mon cher confrère, ces deux très anciennes liaisons amicales dont vous avez toujours constaté la fidélité, comme vous en avez toujours apprécié le charme, vous paraissent sans doute, en ce jour, plus précieuses que jamais.

Elles sont une preuve de votre grande valeur morale, de cette valeur que vous avez puisée dans la doctrine de votre illustre maître Auguste Comte, fondateur du positivisme, l'homme de la Raison. La Raison, tel est votre flambeau, tel est votre guide dans la vie, la Raison qui affirme quand elle sait, qui se tait quand elle ne sait pas, qui s'abstient quand elle doute, la Raison qui rejette froidement ou avec dédain tout ce que n'a pas consacré l'expérience, la Raison enfin qui crée la Pensée libre, la Pensée maîtresse d'elle-même, directrice et inspiratrice de tous vos actes.

Voilà où gît le secret de votre existence toute consacrée aux idées de progrès, de justice et de liberté : vous avez conformé votre vie à la plus sûre doctrine qui ait jamais été prêchée à l'humanité et qui a fait de vous un homme impeccablement et implacablement droit.

Aussi ce fut avec une grande faveur qu'on accueillit votre nomination aux fonctions de maire-adjoint du VIII[e] arrondissement. J'ai pu, depuis 10 ans, vous apprécier dans ce rôle, rôle bien lourd, bien difficile, bien délicat. Notre arrondissement, je puis le dire, est de ceux qui exigent, plus que tout autre peut-être, beaucoup de doigté et beaucoup de prudence et beaucoup de patience, pour y faire, — sinon aimer — du moins estimer l'idée républicaine.

Vous n'y avez pas manqué, mon cher collègue, dans toute la mesure de votre foi démocratique, et c'est un plaisir et un devoir pour moi que de le dire bien haut.

Vous avez été promu officier pour vos titres scientifiques, non moins que pour les services civils et pour les services administratifs que vous avez rendus, que vous rendez encore tous les jours et que je souhaite que vous rendiez longtemps encore.

Délégué cantonal depuis 30 ans, vous avez toujours été animé d'un zèle ardent pour les questions d'enseignement, pour les œuvres post-scolaires, de patronage, pour la Caisse des Ecoles, les bibliothèques populaires.

Mais j'aime à rappeler, entre tant d'autres choses, que vous avez voulu faire profiter les enfants du peuple des bienfaits de votre art.

Vous avez été le premier à instituer dans nos écoles un service régulier et permanent de surveillance, d'hygiène et de thérapeutique dentaires. Vous savez avec quel empressement j'ai adopté votre projet, de quel succès fut suivie votre précieuse initiative.

Il ne me reste plus qu'à souhaiter ardemment avec vous que votre bienfait s'étende des écoles publiques du VIIIe à toutes les écoles publiques de France.

Vous avez donné à la Municipalité plus libre cours encore à votre activité si féconde et si sage. Le maire vous remercie du concours dévoué que vous ne cessez de lui prodiguer et nos administrés vous entourent des plus grands égards.

Aussi, sous quelque aspect que j'examine votre promotion dans la Légion d'honneur, du point de vue professionnel, du point de vue politique, du point de vue social, elle se justifie hautement.

Certes vous auriez dû recevoir depuis de longues années cette récompense de votre vie intègre, mais, vous le savez, la justice est lente, puisqu'elle est boiteuse.

Le jour enfin est venu où cette justice a couronné le magnifique effort de travail que vous avez donné.

Aussi est-ce de tout mon cœur que je lève mon verre, mon bien cher ami, en votre honneur, en l'honneur de M. le Dr Roy et de M. Martinier, en l'honneur de tous vos confrères.

Allocution de M. le Dr Sauvez.

Mon bon ami Martinier m'ayant fait l'honneur de me demander d'être son parrain dans l'ordre de la Légion d'honneur, je veux avant tout lui donner l'accolade après avoir prononcé la formule officielle :

« Au nom du Président de la République et en vertu des pouvoirs qui nous sont conférés, nous vous faisons chevalier de la Légion d'honneur. »

Mon cher ami,

Je tiens à te dire que la profession tout entière a été très heureuse de ta promotion pour plusieurs raisons. La grande majorité de la profession étant composée de chirurgiens-dentistes et de mécaniciens-dentistes, tous ont été contents de voir conférer le ruban rouge à l'un des leurs, qui n'est ni docteur en médecine, ni docteur en chirurgie dentaire d'Amérique, mais simplement chirurgien-dentiste français. Pour

eux tous, tu es un pur et tu es aussi un des très rares qui aient pu, à ce titre seul, obtenir la haute distinction de chevalier de la Légion d'honneur.

Le gouvernement, en effet, n'a jamais été prodigue de décorations pour les dentistes. Il semblait penser un peu, jusqu'ici, qu'on peut donner la croix à un commerçant, un négociant, un industriel, mais très difficilement à un dentiste ; il y a comme cela des préjugés dont il faut triompher.

Or, la nomination de Martinier marque une évolution à cet égard. La guerre ayant prouvé la valeur des dentistes et permis d'apprécier quels services ils peuvent rendre aux blessés et à l'armée en général, le gouvernement a tenu au contraire à récompenser l'un d'eux, uniquement pour ses services professionnels.

Tous ceux qui te connaissent, Martinier, ont pensé que le Ministre de la guerre, guidé par la proposition de M. le médecin Inspecteur général Toubert, qui a droit aux remerciements de tous, avait été particulièrement bien inspiré en te choisissant pour le ruban rouge.

De même que le poète latin disait que rien d'humain ne lui était étranger, on peut dire de toi que rien de dentaire ne t'est étranger ni la clinique, ni la chirurgie dentaire, ni la dentisterie opératoire, ni l'orthodontie, ni la prothèse.

Tu es un technicien complet. Tes cours de prothèse comme professeur à l'Ecole dentaire de Paris ont formé la plupart des jeunes chirurgiens-dentistes. Tes livres et tes communications sur la prothèse ont été et sont encore lus avec fruit par tous les étudiants et les professionnels. La prothèse est, en effet, ta branche favorite et tu la possèdes à fond.

Je tiens à dire que si nos confrères d'Amérique, auxquels les dentistes français partis jadis à la suite des armées de Lafayette ont apporté les premières graines des connaissances professionnelles, nous ont parfois précédés comme valeur technique au point de vue de la dentisterie opératoire, la prothèse dentaire n'a jamais été en état d'infériorité en France et a toujours occupé le premier rang par l'ingéniosité des appareils et la perfection de l'exécution.

Et c'est grâce à toi et à quelques-uns comme toi, Martinier, que notre pays a gardé ce premier rang.

J'ai tenu à te dire ces quelques mots très courts, mon cher ami, pour rappeler, en les résumant trop brièvement, tes titres à la récompense légitime que tu reçois.

Je te redis, en terminant, toute la joie que tes amis ont ressentie non seulement, pour toi-même, pour cet honneur et ton bonheur, mais aussi pour M[me] Martinier qui t'a si bien secondé dans la vie en tenant parfaitement ton intérieur et ton foyer et aussi pour ton cher fils, qui marche déjà brillamment sur tes traces et pour lequel tu es un exemple constant au point de vue professionnel.

Allocution de M. le D[r] Godon a M. le D[r] Roy.

Une de mes plus grandes joies lorsqu'a paru le décret de ma promotion a été d'apprendre que deux de mes principaux et meilleurs colla-

borateurs, Maurice Roy et Paul Martinier, y étaient compris comme chevaliers de la Légion d'honneur.

Depuis trop longtemps déjà j'attendais leur nomination que j'avais demandée aux Pouvoirs publics au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris pour les nombreux services qu'ils avaient rendus à notre Ecole et particulièrement pendant la guerre au Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, qu'ils ont fondé et dirigé avec le plus grand dévouement.

J'ai le grand plaisir aujourd'hui, dans cette fête de famille, de procéder, au nom des pouvoirs qui me sont conférés, à la réception dans l'ordre de la Légion d'honneur de mon très cher ami le Dr Maurice Roy. Comme M. Maréchal vient de le faire pour moi et mon excellent ami le Dr Sauvez, qui a si longtemps participé aux œuvres de l'Ecole, est venu si aimablement le faire pour Martinier, Roy est l'un des meilleurs et des plus précieux collaborateurs de l'œuvre de l'Ecole dentaire de Paris depuis 31 ans. Je ne puis énumérer tous ses titres à la reconnaissance de ses confrères, je rappellerai seulement les principaux.

Il est un enfant de l'Ecole, un des meilleurs élèves de son époque, puisqu'il en est sorti en 1886 diplômé et lauréat.

Il commença ensuite sa médecine qu'il termina en 1894.

Démonstrateur à l'Ecole depuis 1889, il fut nommé chef de clinique en 1890, professeur suppléant en 1895, puis professeur titulaire en 1900.

Rédacteur en chef de notre Journal *l'Odontologie*, il fut président de la Société d'Odontologie de Paris, puis de la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences et enfin président de l'Association générale syndicale des dentistes de France qui sont toutes des annexes de notre Groupement.

J'ajoute qu'il est dentiste des hôpitaux depuis 1895.

Il collabora au manuel du Chirurgien-Dentiste par la publication du volume de thérapeutique des maladies de la bouche et des dents qui en est à sa 3e édition, ainsi qu'à un autre manuel de clinique et de thérapeutique.

Il publia également de nombreux articles scientifiques dans les journaux médicaux ou dentaires, ainsi que des rapports à nos différents Congrès nationaux et internationaux et à la Fédération dentaire internationale.

Je ne veux pas oublier non plus son action civique qui fait de lui un de nos excellents collaborateurs de la mairie du VIIIe arrondissement et du Comité républicain dont il est un des vice-présidents que M. Maréchal rappelait il y a un instant.

Aussi je suis heureux, mon cher Roy, de la mission qui m'est confiée ce soir pour vour adresser mes plus affectueuses félicitations en prononçant votre réception comme chevalier de la Légion d'honneur suivant la formule officielle :

Au nom du Président de la République et en vertu des pouvoirs qui nous sont conférés, nous vous faisons Chevalier de la Légion d'honneur. Je vous en remets les insignes au nom des adhérents à cette manifestation confraternelle.

TOAST DE M. GENDARME DE BÉVOTTE,

Inspecteur général de l'Instruction publique, représentant du ministre.

M. le Ministre a exprimé tout à l'heure ses regrets de ne pouvoir venir parmi vous, mais en me déléguant il a montré lui, qui s'intéresse à toutes les manifestations intellectuelles, son désir de s'associer à une fête qui réunit les représentants éminents d'une branche de la science française.

Je dis avec intention de la science : on parle toujours d'art dentaire ; mais c'est là une expression fâcheusement péjorative. Car, dans le langage habituel qui dit art, dit souvent frivolité. Or vous n'êtes pas des gens frivoles, vous êtes des hommes de savoir, et j'ai pu le constater par moi-même. Tout récemment, dans une visite que je faisais à cette ruche qu'est l'Ecole dentaire de Paris, je me rappelais un tableau de Gérard Dow : *l'arracheur de dents*, et ce tableau du peintre hollandais me faisait souvenir du charlatan venu d'Italie et arrachant les dents sur les places publiques. Quel chemin parcouru depuis ! Je songeais aussi au dédain avec lequel les chirurgiens regardaient naguère votre profession, oubliant que les chirurgiens d'aujourd'hui sont les héritiers des barbiers d'autrefois.......

Certes, vous n'avez pas encore la consécration que vous désirez et que vous méritez ; mais elle viendra, soyez-en sûrs.

Voulez-vous me permettre maintenant de me dépouiller de mon caractère officiel, de me dédoubler, afin de laisser l'ami vous dire quelques mots qui seront brefs ?

Je vous remercie de ce que j'ai vu dans votre belle Ecole, je vous remercie de nous préparer une savante jeunesse odontologique ; mais je vous en prie, à côté de l'enseignement scientifique que vous lui donnez avec tant de maîtrise, ne manquez pas de lui donner le sentiment de ses devoirs, cette conscience professionnelle sans laquelle il n'est pas de vraie science.

A la suite des années douloureuses que nous avons traversées, nous avons perdu le nombre : cette quantité que nous n'avons plus, remplacez-la par la qualité. Il ne faut plus qu'on puisse nous opposer des étrangers ; il faut que dans tous les domaines, et dans le vôtre en particulier, quand on rencontre un diplômé de nos facultés et de nos écoles on puisse dire : « C'est un Français, donc c'est un maître. »

C'est dans cette pensée que je bois, au nom de M. le Ministre, en mon nom personnel, au Dr Godon et à ses deux distingués collaborateurs, avec l'espoir que beaucoup d'autres d'entre vous recevront un jour prochain, comme eux, la récompense que leur valeur intellectuelle et leurs travaux leur ont si justement méritée.

TOAST DE M. QUINTIN, DE BRUXELLES.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

La Belgique ne pouvait rester indifférente en apprenant la manifestation de ce jour. Je ne mettrai pas trop votre patience à l'épreuve

pour vous répéter combien de liens unissent la France et la Belgique depuis longtemps d'ailleurs, et surtout depuis ces terribles événements. Lentement, mais sûrement, les deux nations deviennent sœurs. En voulez-vous une preuve ? Hier midi, en arrivant à la frontière, je m'aperçois que j'avais oublié mon passeport. J'en avertis le commissaire spécial. Vous êtes Belge, monsieur ? Passez... Plus de frontières artificielles. Le rêve, le beau rêve... mais je m'aperçois que déjà je déraille...

Il serait difficile de vous dire la joie que les confrères belges ont éprouvée quand ils apprirent que nos amis, Godon, Roy et Martinier venaient d'être promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, Légion d honneur, quels beaux mots ! et combien Napoléon s'y connaissait quand il accoupla ces deux termes. La France avec sa langue magique, seule, peut trouver ces belles expressions. Mots qui disent tant, mots qui vous transportent dans une autre sphère, un panthéon, un élysée, quoi !.....

Mais vous n'avez pas seulement les mots, vous avez aussi les choses, l'étiquette correspond au contenu. Nous savons à l'étranger combien sont difficiles à gravir les degrés qui mènent à cet enrôlement dans la Légion d'honneur. Aussi les confrères belges sont-ils heureux et honorés de voir leurs confrères français, que dis-je, nos grands amis français récompensés pour leurs services par le Gouvernement de la République Française. Oui, Godon, Roy, Martinier sont nos grands amis, nos très grands amis et ils sont même un peu belges ; et avec votre permission, je vais vous énumérer les titres qui nous les font considérer comme tels.

M. Godon, que nous connaissons depuis près de 30 ans, n'a jamais manqué d'être accueillant pour les Belges qui venaient faire leur éducation à l'Ecole dentaire. Non seulement il formait leur éducation technique, mais leur éducation morale ; il connaissait, pour les avoir suivis avec attention, les différentes phases du développement professionnel en Belgique. Sa collaboration, son patronage ne furent pas un vain mot ; il ne manqua jamais une occasion d'apporter aux confrères belges le fruit de son expérience, de sa perspicacité. S'il est le patron des Français, il est aussi le patron des Belges.

Dr Roy. Je devrais dire le Roy des belges, car c'est ainsi qu'on l'appelle. Depuis, qu'en 1898, il vint jeter la semence de sa bonne parole, de sa parole sûre, convaincante, enthousiaste, la vie professionnelle prit en Belgique un essor qu'elle ne connaissait pas. C'est à lui que nous devons l'éclosion de toutes ces sociétés dentaires, du dispensaire dentaire belge, de l'Ecole dentaire enfin.

Et si, comme nous l'espérons, la nouvelle orientation des études dentaires est réalisée prochainement, ce sera son œuvre, il en aura été le premier et le principal artisan. Dirais-je un mot encore de la facilité, de l'empressement, de l'amitié si franche qu'il met à répondre « présent » quand on a recours à sa collaboration à nos travaux ?

Dr Roy est bien le Roy des Belges.

Martinier. Voilà un jaloux des lauriers du Dr Roy.

En 1900, au Congrès, nous ne l'oublierons jamais, Martinier demanda

sa grande naturalisation belge et c'est à l'unanimité que les belges présents, ils étaient 56, la lui accordèrent. Et à partir de ce moment Martinier fit partie intégrante de notre groupement et ne nous quitta plus. Comme Godon et Roy il fut toujours accueillant aux Belges et ne ménagea pas non plus son talent et ses connaissances pour les mettre à notre disposition.

Vous voyez, je pense, combien j'avais raison de dire que la trinité Godon, Roy et Martinier est belge, et combien c'était notre devoir de venir nous associer à cette belle consécration de toute une vie de travail, de dévouement et surtout de désintéressement. Aussi, c'est avec plaisir qu'au nom des confrères belges et étrangers je lève mon verre pour nous associer à la reconnaissance officielle de la République Française, pour les services nombreux et marqués que les héros de cette fête ont rendus à la chose publique.

Toast de M. le médecin inspecteur général Toubert,

Directeur du Service de santé militaire au ministère de la Guerre.

C'est pour moi à la fois un plaisir et un devoir d'exprimer aux nouveaux légionnaires des félicitations bien sincères, au nom du Service de santé militaire. J'y joins des félicitations à l'adresse de ceux de vos collègues qui ont reçu ou qui recevront prochainement la Légion d'honneur ou la Médaille militaire.

A ces félicitations je dois ajouter des remerciements pour les services considérables rendus, à l'intérieur et aux armées, par les représentants de l'Art et de la Science dentaires.

Depuis les plus humbles mécaniciens jusqu'aux maîtres les plus éminents, tous ont collaboré avec les médecins, de la façon la plus active, à la conservation des effectifs et au traitement des blessés pendant ces longues années de guerre.

Cette collaboration doit continuer dans l'après-guerre.

Dans l'organisation de demain, qu'il s'agisse du service du temps de paix ou de la préparation du temps de guerre, le Service dentaire doit rester lié au Service médical ou chirurgical.

Que sera cette organisation ? Il serait prématuré de chercher à la préciser maintenant. Mais il me sera permis de vous dire aujourd'hui que ce sera toujours en communion d'idées et de sentiments avec vous que les principes en seront étudiés, avec le plus vif désir de réaliser un accord parfait.

Je lève mon verre en l'honneur de l'Ecole dentaire de Paris.

Je bois au succès sans cesse grandissant de l'Art et de la Science dentaires.

Allocution de M. G. Mesureur,

Ancien directeur de l'Assistance publique.

Mesdames, Messieurs,

Je n'appartiens pas à votre belle profession, mais permettez-moi de dire, au nom des amis de M. le Dr Godon et de l'Ecole dentaire, avec

quelle joie nous avons salué la triple promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur des défenseurs de votre Ecole.

M. le Dr Godon est le premier auquel ma vive amitié adresse ses félicitations; comme témoin de son œuvre depuis bientôt quarante ans, je puis dire combien elle a été admirable de persévérance et de volonté. Il faut se reporter en arrière pour la bien juger, c'est dans le Passé qu'on trouve la raison d'être du Présent. Nos premières batailles, il y a plus de vingt ans, furent à la commission du budget de la Chambre pour empêcher l'organisation de l'Enseignement dentaire par l'Etat et la main-mise de la Faculté de médecine sur la liberté de votre enseignement. C'est grâce aux efforts de M. le Dr Godon, que nous avons pu réussir à ruiner ces projets et à arracher ensuite lambeau par lambeau ce qui constitue la victoire que couronne cette fête.

M. Martinier, directeur de l'Ecole, a suivi cette tradition et ajouté une nouvelle force à votre institution, M. le Dr Roy a donné avec un égal dévouement le prestige de son enseignement à votre Ecole et je dois rappeler qu'en même temps il est dentiste des hôpitaux de Paris. Dans ma passion pour votre Ecole, pour vos doctrines odontologiques, je dois faire l'aveu que j'ai été dur, injuste peut-être pour les dentistes des hôpitaux, aujourd'hui je peux faire amende honorable, l'heure de l'entente et de la réconciliation sonnera bientôt, il ne s'agit pas d'abaisser les uns, mais de mettre sur le pied d'égalité ceux qui ont su s'élever par leur travail.

Ce que je voulais surtout vous dire, en me levant parmi vous, c'est que les hommes que nous glorifions ce soir sont un exemple. Ils se sont dévoués, dépensés avec une ténacité remarquable pour faire triompher votre cause. Ils ont fait appel à tous les appuis, à tous les concours utiles et puissants; tous ceux qui les ont approchés leur devaient un gage de reconnaissance et ils ne craignaient pas de les faire agir pour le rayonnement de votre profession et le bien de la population.

Messieurs, imitez-les sans crainte, quand vous tenez par cet organe sensible, où s'attache la bride, les puissants du jour, faites-les marcher pour les intérêts scientifiques que vous défendez, ne craignez rien, ils seront fiers de travailler avec vous pour le bien public.

Je bois à vos succès, et aux nouveaux promus dans la Légion d'honneur !

Allocution du Dr A. Pont,

Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, président de l'Association des dentistes du Rhône.

Monsieur le président, Mesdames, Messieurs,

Si au lieu d'être ce soir le porte-parole de l'Ecole dentaire de Lyon et de l'Association des dentistes du Rhône, j'étais un peintre ou un sculpteur et qu'il me fût donné de définir par un symbole la vie et le caractère de Godon, je représenterais votre directeur sous les traits d'un lutteur. Non pas d'un actuel et vulgaire professionnel, mais sous l'aspect de l'athlète classique, dont les muscles saillants indiquent la

force et la résistance dans le combat et dont le visage montre une sérénité immuable et la fière certitude de vaincre.

Godon en effet a lutté toute sa vie pour notre profession ; il l'a voulue de plus en plus utile, belle et considérée. Il nous a appris à aimer notre art ; il a puissamment contribué à la rapide et éclatante renaissance de l'art dentaire français. Le nom de Godon et de l'Ecole dentaire de Paris sont en quelque sorte indissolubles. C'est évidemment à la science et aux qualités de ses nombreux et éminents professeurs, mais aussi, je me plais à le dire, à la volonté intelligente et tenace, à l'énergie, à la puissance de travail de son directeur que votre Ecole doit son développement et sa renommée mondiale. Les trois nominations que nous fêtons ce soir forment une apothéose de cette vie de lutte et de dévouement.

J'ai vu Godon pour la première fois, en 1899, au Congrès dentaire de Lyon. J'étais tout nouveau venu dans la profession et les questions de politique professionnelle m'étaient tout à fait étrangères. Godon était venu à Lyon pour défendre contre Cl. Martin l'autonomie de la profession et de votre enseignement. La joûte avait quelque chose d'impressionnant : on sentait que des décisions graves allaient être prises. Lorsque Godon parla sur un ton à la fois calme et résolu, donnant pour nous convaincre des raisons justes et irréfutables, pour ma part je sentis que cet homme avait décidément pris le gouvernail en main, et on comprit que si la barque qu'il allait diriger désormais pouvait, comme l'indique la devise de notre ville, être secouée violemment par les tempêtes, du moins elle ne sombrerait jamais.

J'ai vu ensuite dans vos assemblées générales Godon défendre son Ecole contre ses propres enfants, contre ceux dont on a pu dire : Que Dieu me préserve de mes amis, je me charge de mes ennemis. Je l'ai vu aussi à un certain Congrès d'Hygiène scolaire défendre contre Cruet, cet autre redoutable jouteur, la nécessité sociale des dentistes et l'autonomie de notre profession. Dans ses improvisations comme dans ses communications Godon donnait toujours l'impression du lutteur calme, tenace et d'autant plus inébranlable qu'il est pleinement convaincu de la vérité de la cause et des idées qu'il défend.

Puis ce fut la grande guerre, et Godon entreprit immédiatement de se rendre utile au pays et de lutter pour une idée. L'idée au fond était toujours la même : il fallait prouver votre utilité, il fallait faire servir à la cause commune, pour le plus grand bien de nos blessés, le vaste et puissant organisme que représente votre Ecole. Quant à l'adversaire, il était de taille : c'était cette même Administration, ce même Bureau qui nous avait répondu en 1912 qu'on ne pouvait créer des dentistes militaires parce qu'en temps de guerre les dentistes seraient des impedimenta (c'est le mot qui fut prononcé).

Le résultat de cette lutte fut un nouveau triomphe pour Godon, ses collaborateurs et son Ecole. Ce triomphe fut consacré le jour où le Congrès inter-alliés, sous la Présidence d'honneur de Justin Godart, tint ses assises rue de la Tour-d'Auvergne.

Les deux magnifiques volumes publiés sous la direction de Georges Villain, constitueront grâce à Godon et à vous tous, Messieurs, un

monument impérissable des travaux scientifiques et de la gloire des dentistes français et alliés.

Parmi les professeurs de votre Ecole qui se font remarquer depuis longtemps par leur science et leur enseignement, qui se sont dévoués à nos blessés pendant la guerre, Roy et Martinier méritaient aujourd'hui d'être à l'honneur à côté de Godon.

Lorsque votre Comité décida dès septembre 1914 de se consacrer au traitement des blessés maxillo-faciaux, Roy et Martinier comprirent que leur collaboration intime était absolument indispensable pour mener à bonne fin les traitements de pareilles blessures. Contrairement à ce grand chirurgien dont nous avons tous admiré les beaux résultats dans la chirurgie plastique de la face, mais qui avait tort de dire qu'il était lui même son prothésiste, nos amis Roy et Martinier prouvèrent qu'à côté du rôle du chirurgien, celui du prothésiste averti et capable était aussi grand et aussi noble. C'est pourquoi nous devons remercier et féliciter le gouvernement de n'avoir pas voulu disjoindre une aussi belle et aussi fructueuse collaboration.

Personnellement je suis fier d'apporter aux deux nouveaux chevaliers l'hommage amical et les sincères et unanimes félicitations de nos divers groupements de Lyon et du Rhône. Je suis heureux aussi de leur apporter aujourd'hui mon propre témoignage, car depuis qu'ils ont été mes maîtres à l'Ecole dentaire de Paris, et il y a hélas ! bien longtemps, de cela, ils ont toujours été pour moi des amis d'un commerce agréable et d'un dévouement à toute épreuve.

Et maintenant, en considérant les services que vous avez tous rendus pendant la guerre, l'importance et la grandeur du rôle social de votre Ecole, je terminerai ce toast comme je terminais celui que j'ai porté à notre ami Blatter : j'espère que les pouvoirs publics ne s'en tiendront pas là et qu'il me sera permis de venir saluer bientôt la nomination de ceux de vos collègues qu'il est inutile de nommer parce que leurs noms sont sur toutes les lèvres.

En levant mon verre en l'honneur de Godon, de Roy et de Martinier, je bois à la prospérité et au développement toujours plus grand de l'Ecole dentaire de Paris.

Toast de M. Brochier,

Délégué des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

Au nom des élèves j'exprime leurs félicitations et leur gratitude au fondateur de l'Ecole et à ses collaborateurs ; mais je dois dire qu'avant que le Gouvernement récompensât leur mérite, nous leur avions, nous depuis longtemps, déjà conféré la Légion d'honneur de notre reconnaissance. Leurs livres sont nos catéchismes et nous nous efforçons de marcher dans leur sillage. Cette école a un tel renom que les étudiants étrangers, très nombreux parmi nous, et qui m'ont tout particulièrement chargé d'être leur interprète, tiennent à honneur de lui demander son enseignement.

Il est bon que je dise que nous n'avons jamais en vain fait appel à la bienveillance et à la clémence de M. Godon.



Dr Charles Godon

Président du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

L'esprit frondeur et ironique que vous croyez remarquer parmi nous n'est qu'apparent; en réalité les étudiants possèdent un fonds d'amour et de reconnaissance qu'ils ne manifestent malheureusement que trop peu souvent; c'est ce fonds, qui est leur véritable nature, que j'ai voulu dévoiler un peu aujourd'hui en l'honneur de MM. Godon, Martinier et Roy.

Allocution de M. le sénateur Paul Strauss.

Cette belle manifestation a été admirablement mise en scène ; elle a débuté par le Directeur de l'Ecole dentaire, elle se termine par un étudiant : suggestif rapprochement et féconde synthèse du lien qui rattache entièrement les anciens et les nouveaux.

Rien ne m'est plus agréable aujourd'hui, dans cette fête de la grande famille dentaire, que d'évoquer les souvenirs d'antan, ceux de la rue Richer, de la rue Turgot, de la rue de la Tour-d'Auvergne. L'ancien conseiller municipal du quartier Rochechouart est heureux et fier de la superbe évolution de votre Ecole, de votre profession, en grande partie grâce aux efforts, à l'initiative hardie et persévérante de mon cher et excellent ami M. le docteur Godon, aidé de collaborateurs tels que MM. Martinier et Roy.

En vérité, lès différents orateurs qui ont célébré vos mérites, avec tant de justesse, le représentant du ministre de l'Instruction publique pour l'Enseignement, M. Gustave Mesureur, pour vos services d'Assistance publique, auquel M. Mourier m'a spécialement chargé de joindre ses félicitations aux nôtres, M. le Médecin-Inspecteur général Toubert pour le service de Santé militaire, tous ont rendu justice à votre œuvre.

Votre participation si utile et si dévouée à la Défense nationale a commencé dès les premiers jours d'août 1914. J'ai été témoin de tout ce que vous avez fait de bien et j'espère contribuer, avec M. Justin Godart, avec M. Mourier, à la reconnaissance des mérites militaires de vos confrères mobilisés.

Quarante années de discipline, de méthode, de dévouement, d'altruisme, confèrent aux trois héros de cette fête, comme à l'Ecole dentaire tout entière, des titres éclatants à la reconnaissance nationale.

Réponse de M. Ch. Godon.

Cher Président,
Mesdames, Messieurs, chers Confrères et Amis,

J'éprouve une bien vive émotion en présence de cette si touchante manifestation de sympathie dont mes excellents collaborateurs et amis Roy, Martinier et moi, dont nous sommes l'objet ce soir et je vous exprime ma sincère gratitude à vous tous qui vous y êtes associés, ainsi qu'à ceux qui l'ont organisée.

La fête qui nous réunit en ce banquet familial est surtout, comme vous voyez, le complément de celle du quarantième anniversaire de

la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, que nous célébrions, vous vous rappelez avec quel succès, en novembre dernier.

Du moins je la considère ainsi, car ce que vous venez principalement louer en nos personnes aujourd'hui, ce sont surtout ceux de nos actes qui se rattachent directement à la longue évolution professionnelle qu'elle représente et nous en sommes justement fiers. Aussi je tiens, pour ma part, à reporter la plus grande partie des louanges qui m'ont été si largement prodiguées sur l'œuvre à laquelle je suis attaché et aux nombreux et dévoués collaborateurs qui m'ont aidé à la créer et à la développer.

En effet, l'institution au succès de laquelle je me suis particulièrement employé pendant quarante années est surtout une œuvre collective, d'initiative privée, d'union, de progrès professionnel et d'intérêt général.

Aussi, c'est elle que les pouvoirs publics ont voulu récompenser pour les services qu'elle a rendus au pays durant cette longue période et surtout pendant la guerre, comme les décrets de nos nominations l'ont spécifié.

Et en ce moment, c'est en son nom et comme son représentant que je vous remercie tous d'être venus en si grand nombre prendre part à cette fête du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

Je veux saluer en votre nom et remercier spécialement nos présidents d'honneur : M. le Sénateur Paul Strauss, qui a bien voulu accepter la présidence de ce banquet, malgré ses nombreuses occupations, et M. G. Mesureur, l'ancien directeur de l'Assistance publique. Ils n'ont cessé tous les deux, depuis la fondation, de nous donner un très précieux appui près des Pouvoirs publics en soutenant énergiquement nos revendications. Nous leur en sommes profondément reconnaissants. Et je tiens à associer le nom de M. André Mesureur au nom de son père dans l'expression de ma gratitude.

Je veux encore saluer spécialement et remercier mon excellent maître et ami, M. le Dr Maréchal, qui m'a fait le grand honneur d'accepter d'être mon parrain dans la Légion d'honneur.

Outre qu'il porte un grand intérêt à notre Institution, il représente comme il vient de le dire, en témoin autorisé, mon action civique et je lui suis reconnaissant d'avoir rappelé mes amis du VIIIe arrondissement, dont Lagarrigue, que j'ai le plaisir de retrouver ici, est un des plus fidèles.

Je présente mes salutations au très distingué Inspecteur général, M. Gendarme de Bévotte, que M. le ministre de l'Instruction publique a désigné pour le représenter à cette cérémonie, ainsi qu'à M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

Je salue et remercie les représentants des Sociétés françaises et étrangères et particulièrement nos confrères Quintin et Rosenthal, de Bruxelles.

Je ne veux pas omettre les dames qui nous font l'honneur d'assister à cette fête et d'y ajouter le charme de leur présence. Elles ont bien voulu oublier en cette circonstance que les réunions de notre Ecole

les privent souvent de leur mari aux soirées familiales et je veux les en féliciter et les en remercier.

Enfin je m'adresserai à notre excellent président de la Fédération dentaire nationale, M. Blatter, qui s'est fait ce soir l'interprète si affectueux des membres de notre Conseil et de nos Sociétés françaises.

Je me souviens qu'il y a 21 ans, il fut déjà — et avec quel cœur ! — l'interprète des élèves de l'école à mon 1er banquet de la Légion d'honneur.

Je lui exprime ma gratitude, ainsi qu'au jeune et aimable représentant de nos étudiants, M. Brochier.

Blatter est un exemple vivant de l'attachement, du désintéressement et du dévouement qu'inspire à nos membres l'œuvre que nous représentons. Je pourrais vous en citer de nombreux exemples en refaisant l'histoire si émouvante de cette évolution professionnelle.

Je vous montrerais que cette œuvre de progrès, qui transforma les conditions de fonctionnement de la profession dentaire en France, au point de vue de l'exercice de l'enseignement et du développement scientifique, fut surtout une école d'altruisme et de solidarité qui provoqua, parmi ses membres, un enthousiasme, une affection et un dévouement constant, comme l'ont prouvé Martinier et Roy entre autres, comme Blatter et ceux qui l'entourent aujourd'hui, Georges et Henri Villain et tous leurs collègues du Conseil, en donnent journellement des preuves nouvelles.

On ne saurait trop rappeler qu'avant la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, il n'existait en France aucune organisation professionnelle dentaire.

En 1871, à la suite des malheurs de ma famille, la mort de mon père pendant le siège de Paris, l'incendie et la destruction de la maison de commerce de ma mère par la Commune, qui nous ruina, je fus obligé, d'interrompre mes études au Lycée Charlemagne et d'apprendre tout de suite une profession : on me choisit celle de dentiste.

Il n'existait à cette époque aucun enseignement technique, ni officiel, ni privé, autre que l'apprentissage.

Je dus commencer ainsi comme les jeunes de ce temps.

Quelques années plus tard, je fus amené à considérer avec des confrères de mon âge, notamment mon ami de collège G. Viau, présent ce soir, collaborateurs toujours actifs de nos œvres, le manque d'organisation professionnelle de notre art en France, dont nous souffrions chaque jour davantage, et nous nous rendîmes compte des difficultés que cette situation offrait pour notre avenir.

Les plus importants cabinets de Paris étaient occupés par des étrangers, des Américains surtout, dont la réputation était prédominante et cela s'expliquait : les Etats-Unis comptaient alors de nombreuses Ecoles et des Sociétés odontologiques des plus florissantes. L'art dentaire français qui, au siècle précédent, jouissait d'une réputation mondiale, était, depuis la loi de ventôse an XI, discrédité par l'abandon qu'en avaient fait les Pouvoirs publics et les Universités.

Il n'y avait donc pour nous d'autre solution que de nous expatrier ou de réagir en créant nous-mêmes les organismes qui faisaient défaut.

C'est à cette dernière solution que nous nous résolûmes malgré les grandes difficultés.

Profitant des encouragements adressés à l'initiative privée par les représentants du pays et les lois libérales de la République sur l'enseignement supérieur, les Associations professionnelles, etc., nous nous mîmes à l'œuvre avec nos seules ressources. Nous nous groupâmes d'abord pour la création en 1879 du Cercle des dentistes de Paris, devenu depuis l'Association générale syndicale des dentistes de France, puis en 1880 pour la fondation du premier centre d'enseignement dentaire français : l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons déjà rappelé à différentes reprises, notamment lors du quarantenaire et dans notre thèse à la Faculté de médecine de Paris, l'histoire de cette Ecole et des organes qui sont venus graduellement compléter notre organisation professionnelle, ainsi que les lois et décrets qui l'ont confirmée.

Contentons-nous aujourd'hui d'en constater les brillants résultats qui peuvent se résumer en cette formule que je présentais au Congrès, dentaire international de Paris en 1900 :

« Grâce à nos Ecoles et à nos Sociétés odontologiques, il n'y a plus en art dentaire de ces supériorités nationales étrangères dont nous souffrions à nos débuts, mais simplement des supériorités individuelles parmi lesquelles les confrères français sont largement représentés. »

Il suffit de citer les missions de quelques collègues appelés dans des Ecoles étrangères pour faire des cours ou des conférences, comme d'Argent au Canada en 1916 et G. Villain en Angleterre, aux Etats-Unis et récemment en Espagne.

Honneur donc au Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et aux Ecoles sœurs qui ont suivi son exemple, l'Ecole Odontotechnique et l'Ecole dentaire de Lyon, dont je salue les distingués représentants, MM. Dubois et Pont.

Honneur à tous les collaborateurs de cette œuvre et particulièrement aux disparus dont je tiens à évoquer la mémoire : Lecaudey, Thomas, Poinsot, Paul Dubois et tant d'autres dont je ne puis citer les noms !

Et maintenant que nous sommes arrivés à une étape importante de la route, si je m'arrête un instant, comme le voyageur après une difficile ascension, pour considérer le chemin parcouru, je puis en être fier.

Pourtant la tâche n'est pas entièrement remplie. Il faudra encore du temps et des efforts pour accomplir tout le programme que nous nous étions fixé au début.

Mais je suis bien près d'avoir terminé ma journée. Heureusement il reste une phalange de jeunes confrères qui, comme leurs aînés, sont pleins d'enthousiasme et de dévouement; je puis leur passer avec confiance le flambeau. A eux de poursuivre la tâche que nous avons entreprise.

Dans mon projet de fondation, je proposais de prendre pour modèle l'organisation odontologique des Etats-Unis que nombre de pays ont copiée.

Pour que nous ne soyons pas encore une fois devancés par l'étran-



P. Martinier

Directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.

ger, il faut qu'au point de vue scientifique l'Odontologie française ait dans nos Universités une place analogue à celle que lui ont faite les Universités américaines, qui ont toutes une Faculté de dentisterie avec un Doctorat en chirurgie dentaire comme fin d'études.

Il faut aussi qu'au point de vue militaire, comme aux Etats-Unis et en Angleterre, la législation soit complétée de telle sorte que les chirurgiens-dentistes aient l'accession à tous les grades ; que la législation civile comprenne, dans l'organisation de l'Hygiène publique, des services pour l'inspection et le traitement des dents des adultes et surtout des enfants des écoles, comme cela s'organise à l'étranger et comme l'a proposé au Sénat notre président M. Strauss.

Enfin pour que l'organisme principal de cette évolution reste digne de notre pays, il faut le doter du monument que lui a prédit un de ses illustres présidents, Paul Bert, en 1884, et pour cela procéder le plus tôt possible à la reconstruction de notre Ecole, car elle est devenue trop petite vu le nombre toujours croissant de ses élèves.

Une souscription a été décidée dans ce but par le Conseil de l'Ecole qui, comme pour la fondation, fait appel à la générosité de toute la profession. Faudra t-il encore 40 années pour résoudre cette seconde partie de notre programme ? J'espère que non en vertu de la vitesse acquise. Je viens de recevoir aujourd'hui du Directeur de l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal, le Dr Dubeau, une lettre dont je crois devoir vous lire un passage qui est de nature à vous intéresser.

Ainsi le Canada après les Etats-Unis nous donne un nouvel exemple. J'espère qu'il sera suivi. En tout cas, j'exprime en terminant, le vœu que mes successeurs s'appliquent à réaliser notre programme, qu'ils obtiennent le même succès que nous, et qu'ils continuent la marche progressive de notre profession en s'appuyant sur les principes d'union et de bonne entente qui ont assuré notre réussite.

Vous me pardonnerez de m'être ainsi laissé entraîner à cette trop longue allocution, mais j'ai pour excuse que ce sera probablement la dernière et je vous dis à tous encore merci pour cette belle et si émouvante manifestation dont je vous resterai éternellement reconnaissant.

Réponse de M. Martinier.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,
Mes chers Confrères, mes chers Amis,

Je manquerais à mon devoir si je n'adressais à mon tour quelques mots de remerciements à l'Ecole dentaire de Paris, à laquelle j'appartiens depuis 32 ans et qui est la cause initiale de la distinction qui m'a été conférée ;

A mes collaborateurs du Comité de secours, qui m'ont aidé dans ma tâche et qui se sont astreints à une discipline volontaire véritablement touchante ;

Aux orateurs qui viennent de prononcer des paroles si flatteuses, notamment mon excellent collègue Blatter, si ardemment dévoué à l'Ecole et qui est bien le plus délicat des amis ;

Aux représentants des écoles dentaires ;

Aux délégués provinciaux et étrangers, qui ont parcouru de longues distances pour venir ici ;

Au Président de ce banquet, M. le sénateur Strauss que l'on retrouve à chacune de nos fêtes pour nous féliciter des progrès accomplis et nous exhorter à faire mieux encore ;

Aux personnalités qui se sont jointes à lui ;

Enfin aux organisateurs de cette belle fête de famille professionnelle.

Qu'il me soit permis d'ajouter mes vifs remerciements à mon ami le Docteur Sauvez, qui a bien voulu accepter d'être mon parrain et qui m'a toujours témoigné une amitié aussi sûre que fidèle.

L'émotion bien naturelle qui m'étreint, paralyse quelque peu mes faibles moyens oratoires, mais lorsqu'il s'agit d'exprimer des sentiments aussi sincères que ceux que j'éprouve, il importe surtout que ces sentiments viennent vraiment du cœur.

D'ailleurs, le caractère de cette manifestation, qui s'adresse à plusieurs d'entre nous, me donne un peu d'assurance, parce que je considère qu'elle vise surtout l'homme qui, depuis plus de 40 ans, a rendu de si éminents services à notre profession. N'est-ce pas lui, en effet, qui, après l'avoir rénovée en France, est parvenu à la faire estimer à son juste mérite à l'étranger, en en mettant en relief toute la valeur dans les multiples congrès internationaux et sessions de la Fédération internationale dans le monde entier ?

C'est pour moi une grande joie d'être mêlé au couronnement de sa carrière et de figurer en même temps dans la même promotion que mon excellent collaborateur et ami Maurice Roy, dont vous connaissez et appréciez tous la vie de labeur, de droiture et d'abnégation.

Si je veux mesurer la modeste part qui peut me revenir dans cette fête, je ne peux en attribuer la cause qu'à deux raisons primordiales : mon affection profonde et constante pour l'Ecole dentaire de Paris et son Groupement et mon ardent amour pour la prothèse, à laquelle j'ai toujours été attaché et dans l'avenir de laquelle j'ai toujours eu la plus grande confiance quant aux services qu'elle peut rendre à l'odontologie.

Ma joie est d'autant plus grande que le motif invoqué pour ma nomination est précisément l'application de cette prothèse aux blessés des maxillaires et de la face. C'est la consécration d'une carrière vouée tout entière au culte de la prothèse et à l'enseignement de ses différentes branches ; c'est en même temps, en passant par-dessus ma tête, la reconnaissance officielle des bienfaits de la prothèse pendant la guerre.

Oui, c'est aux ressources que nous fournissent les diverses parties de cette spécialité que nous sommes redevables d'un grand nombre de nos interventions modernes et c'est grâce à l'étendue des connaissances que ces branches comportent que nous avons pu, au début de la guerre, faire face aux difficultés de la situation et créer, avec l'aide de nos collaborateurs, cette prothèse de guerre, qui a été si profitable à nos blessés.



Dr Maurice Roy

Professeur a l'École dentaire de Paris,
dentiste des hopitaux.

C'est grâce à la confiance que nous avions en sa valeur que nous avons pu augmenter considérablement son champ d'application, jusqu'ici réservé à un petit nombre de cas, pour donner naissance à cette nouvelle prothèse, qui exige beaucoup plus rapidement et plus étroitement que l'ancienne la collaboration assidue et incessante du chirurgien et du prothésiste.

Voilà, je pense, ce qui me vaut personnellement la fête de ce soir, et cependant, je dois le dire, la récompense, je l'avais trouvée déjà dans la satisfaction du devoir accompli et dans les heureux résultats de nos interventions.

Le Gouvernement, sollicité par le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, a bien voulu nous donner une marque de sa reconnaissance de l'œuvre accomplie par le Comité de secours et le Dispensaire militaire en nous comprenant tous les trois dans la même promotion, et voici que la magnifique manifestation de nos confrères, de nos élèves et de nos amis vient y ajouter un nouveau témoignage inoubliable d'estime et de sympathie pour notre vie professionnelle.

Que leur dire, si ce n'est les envelopper tous dans la même pensée de gratitude pour la forme tangible qu'ils ont tenue à donner à leurs sentiments. Elle nous touche jusqu'aux larmes et restera pour nous un souvenir ineffaçable que nous évoquerons avec une émotion profonde, en songeant aux quelques heures délicieuses que vous nous faites vivre ce soir.

Réponse de M. le Dr Maurice Roy.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Je tiens avant toute chose à remercier les organisateurs de cette fête qui ont donné l'occasion à tant de nos amis de venir, dans une belle solennité comme celle d'aujourd'hui, nous apporter le vibrant témoignage de leur sympathie, de leur affection.

Si je ne suis pas plus confus de l'honneur qui m'est fait ce soir, c'est que j'ai le plaisir de le partager avec mes bons amis Godon et Martinier, que j'ai été si heureux de voir figurer dans la même promotion que moi. Aussi, si je veux garder tout entière la profonde reconnaissance que je vous dois à tous, permettez à ma modestie de ne retenir que le tiers de l'honneur collectif qui nous est rendu et c'est déjà beaucoup à supporter pour un homme seul.

Merci à vous tous, Mesdames, Messieurs, mes chers amis, merci à vous mes bons amis de la Belgique, à vous tous confrères étrangers qui vous êtes imposé un gros dérangement pour venir nous prouver votre sympathie.

Croyez tous à nos sentiments de profonde gratitude pour le témoignage d'estime et d'affection que vous voulez bien me donner ce soir, ce sera le plus cher et le meilleur souvenir de ma vie professionnelle.

Enfin je remercie tout particulièrement notre président de ce soir, M le sénateur Strauss, qui est toujours présent dans toutes les mani-

festations intéressant notre Ecole, ainsi que tous ceux qui ont bien voulu prendre la parole ce soir, je ne leur ferai qu'un reproche, c'est d'avoir été trop élogieux à mon égard ; le temps seul m'empêche des remercier plus spécialement chacun d'eux, ainsi que je l'aurais souhaité.

L'honneur qui m'est fait ici, permettez-moi d'en reporter une large part sur notre chère Ecole, cette *Alma Mater* à l'existence de laquelle ma vie a été si étroitement attachée depuis 37 ans bientôt que j'y suis entré comme élève, alors qu'un frère aîné, prématurément enlevé aux belles espérances qu'il faisait naître, m'y avait déjà précédé.

Je dois dire que si j'ai donné une si grande part de moi-même à l'Ecole dentaire de Paris, c'est que j'ai trouvé en elle un milieu d'idéal élevé, épris d'altruisme, particulièrement vivant et intéressant et une source féconde d'activité et de progrès. C'est aussi parce que j'y ai rencontré, au début de ma vie professionnelle, comme exemples et comme guides, quelques personnalités remarquables qui n'ont pas été sans influence sur la direction que j'ai suivie.

Des membres du corps enseignant de cette époque lointaine où je commençais mes études, un grand nombre hélas ! ont disparu ; cependant il en est encore quelques-uns et j'ai plaisir à voir notamment ce soir dans cette fête mon ami Georges Viau, dont l'allure juvénile ne laisserait guère supposer d'aussi vieux états de service.

Mais, parmi ceux qui sont partis, il en est deux dont le souvenir s'évoque plus particulièrement en mon esprit à l'occasion de cette fête, en raison de l'affection que je leur avais vouée et de celle qu'ils voulurent bien me témoigner, ainsi qu'en raison de l'influence qu'ils eurent, par l'étendue de leurs connaissances et l'élévation de leur caractère, sur ma formation intellectuelle et professionnelle : j'ai nommé le Dr L. Thomas et Paul Dubois.

Bien que Thomas n'appartînt qu'indirectement à notre profession, puisqu'il était bibliothécaire à l'Ecole de médecine en même temps que professeur de pathologie générale à l'Ecole dentaire de Paris, vous vous souvenez, vous qui l'avez connu, avec quel enthousiasme il se passionnait pour l'œuvre d'initiative privée et de progrès qu'était notre Ecole au service de laquelle il avait mis ce savoir encyclopédique qui n'avait d'égal que sa grande bonté alliée à la simplicité d'un sage.

Quelle conscience élevée et quel beau caractère que Paul Dubois qui était le plus remarquable des praticiens de son temps par l'étendue de son savoir professionnel, et qui, sous ses apparences un peu rudes, était aussi, pour ceux qui le connaissaient bien, un esprit fin et un artiste au goût délicat.

Si ces deux hommes de bien furent intimement liés à la vie de l'Ecole dentaire, ils furent aussi intimement liés à la mienne. Le Dr L. Thomas fut pour moi un véritable père intellectuel auquel je dois d'avoir pu, mes études dentaires achevées, poursuivre mes études médicales et c'est auprès de Paul Dubois, qui a guidé mes premiers travaux, que j'ai fait mon apprentissage d'écrivain scientifique.

Aussi, c'est pour moi un grand plaisir en même temps qu'un devoir de reconnaissance, dans cette fête professionnelle, de rappeler la mé-

moire de ces deux belles figures disparues, l'une et l'autre, prématurément.

Mais, puisque je parle de ceux qui, dans cette école, ont eu une influence sur mon orientation professionnelle il est, parmi les personnalités si remarquables de cette époque du début de l'Institution, une troisième figure que je dois évoquer ce soir et celle-là est heureusement bien vivante, puisque c'est celle de mon ami Godon, le chef du Triumvirat (pour prendre ce mot au sens littéral) que vous fêtez ce soir.

Ce qu'il fut, ce qu'il est, d'autres l'ont dit plus éloquemment que moi et je ne puis que m'associer de tout cœur à tous les éloges que l'on en a fait.

Depuis 32 ans j'ai le plaisir de collaborer avec lui soit dans l'enseignement, soit dans l'administration et je puis dire que c'est grâce à son exemple, à sa foi ardente, à sa persévérance en même temps qu'à sa souple diplomatie, qui en ont fait un véritable entraîneur d'hommes, que je me suis donné avec une ardeur, peut-être excessive aux polémiques professionnelles, mais aussi aux travaux plus fructueux pour l'intérêt général de la pédagogie et de l'administration dans cette œuvre si intéressante qu'est l'E. D. P.

C'est pourquoi j'ai pensé que, mes collègues de l'Ecole ayant eu la grande amabilité de demander au gouvernement de la République la croix de la Légion d'honneur pour moi, ce dont je leur exprime ma vive et profonde reconnaissance, nul n'était plus indiqué pour être mon parrain dans cet ordre que celui qui fut la cheville ouvrière de notre institution et je le remercie d'avoir bien voulu accepter cette mission le soir où lui-même reçoit un honneur qui lui est si légitimement dû.

Mais si cette croix, par la haute récompense qu'elle représente, m'a amené à faire un retour en arrière sur une carrière professionnelle déjà longue, je ne saurais oublier les motifs qui me l'ont fait attribuer par le ministre de la Guerre, qui a bien voulu reconnaître ainsi les services que j'ai pu rendre en tant que président du Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face. Je le remercie très vivement de cet honneur que je veux considérer en même temps comme un hommage au Comité tout entier.

Si j'ai pu être utile dans les graves circonstances que nous avons vécues, je ne saurais oublier, mes chers collègues du Comité, que c'est grâce à votre bonne et dévouée collaboration comme à celle particulièrement précieuse de mon ami Martinier ; la croix qui lui a été décernée en même temps qu'à moi m'a causé une joie toute particulière et je lui redis ici encore tout le plaisir que j'ai eu dans cette bonne collaboration si fructueuse du Comité de secours.

Je ne veux pas rappeler ici l'histoire du Comité qui, fondé le 5 août 1914, a été le premier service créé pour les blessés des maxillaires et l'initiateur de ces centres maxillo-faciaux qui devaient être ultérieurement créés dans tout le pays. Qu'il me suffise de rappeler que c'est dans ce comité, grâce à une collaboration intime et constante entre tous ses membres, que s'est créée de toutes pièces cette

technique spéciale qui devait être appliquée et développée dans ces différents centres.

Mais ce que je veux redire encore ici c'est la reconnaissance que j'ai pour tous mes collaborateurs que je vois si nombreux dans cette aimable assistance, le dévouement que j'ai rencontré chez tous, la bonne camaraderie qui, dans une discipline parfaite et spontanément consentie, n'a cessé de régner au sein du Comité et qui m'a rendu si facile la lourde tâche que j'avais assumée.

Mes chers collègues du Comité de Secours, en décorant votre chef, ce sont, j'en suis sûr, vos efforts collectifs que le Gouvernement de la République a voulu en même temps reconnaître et c'est pourquoi en terminant, c'est à vous, mes chers collaborateurs, que je veux lever mon verre en vous disant encore un bien cordial et affectueux merci.

41e ANNÉE. N° 6. 30 JUIN 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA CONCEPTION DE LA PROTHÈSE MODERNE

Par Ed. TOUVET-FANTON,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Strasbourg, juillet 1920.)

Devant la diversité d'appareils qu'il nous a été donné de voir pendant ces dernières années surtout, où il a été fait en nombre considérable une application de toutes sortes de méthodes, il semble utile de se recueillir et de chercher à coordonner les leçons de nos devanciers, de nos maîtres et de notre propre expérience en une mise au point de quelques directives générales : fixation de grandes lignes servant à orienter notre conception de la prothèse actuelle.

Si l'on doit, en effet, désirer voir disparaître certains errements anciens ou modernes, ce n'est pas à dire qu'il faille, au contraire, cesser de maintenir l'emploi judicieux, aussi bien des vieux procédés que des nouveaux, quand ils sont bons : question de sélection, de mise au point, conception qui se présente dans toutes les branches de la prothèse, qu'il s'agisse :

1° De la prothèse ordinaire (appareils à plaques) ;
2° De la prothèse à ponts mobiles ;
3° De la prothèse à ponts fixes ;
4° De la prothèse de cabinet.

Voici un malade, candidat à un genre de prothèse.

Après examen de la bouche, que se présentera-t-il à l'esprit ?

Quel plan va être adopté ?

Va-t-on bien se préoccuper de l'état plus ou moins patho-

logique du milieu, des soins préliminaires à donner et de l'appareil qui convient de préférence (à un pyorrhéique par exemple) ? De la préparation du champ opératoire (suppression des racines infectées, traitement des dents, mise en résistance des soutiens, piliers, etc.), en raison du but à atteindre et de la forme d'appareil choisi ?

Toutes questions dont la solution ne sera jamais trop envisagée.

Quel genre, quelle forme, quelle disposition d'appareil adoptera-t-on ?

Tantôt un appareil primitif, routinier, insuffisamment conforme aux progrès possibles dont pourrait bénéficier le patient. Tantôt l'un de ces appareils compliqués et souriant à l'imagination de l'artiste en mécanique qui peut sommeiller en nous, où des clous, des verrous, des clavettes, des pièces d'emboîtement plus ou moins démontables sont supposés constituer des nouveautés inédites et fournir une solution difficile : appareils qui, au point de vue pratique, seront trop souvent éphémères, surtout si l'avenir des soutiens où ils sont enfermés et scellés est compromis par un manque, presque fatal en ce cas, des protections de leurs bords ; souvent trop peu stables ou trop peu conformes à l'hygiène ; quelquefois aussi présentant l'aspect d'un véritable appareil à plaque (plus ou moins considérable) fixée à demeure, ou bien enserrant des dents saines qui ne tarderont pas à se carier, etc., etc.

Une voie doit nous servir d'orientation ; le bon sens, la plus grande simplicité mécanique en rapport avec les fonctions physiologiques des dents et l'état pathologique possible du sujet.

Donc, simplicité mécanique dans la construction, d'une part, et, de plus, mise en état parfait et préparation durable des soutiens de l'appareil quel qu'il soit, ménagement des dents saines, ajustage sans reproche.

Cela a l'air d'une généralité banale, et c'est là ce qui est pourtant le plus heurté, surtout dans la pratique des bridges. La conception d'un appareil doit porter sur :

a) La forme et la disposition (à trois points de vue).	Mécanique.
	Physiologique.
	Esthétique.
b) Les moyens de rétention et les soutiens.	Mise en état, protection.
	Parfaite adaptation, solidité.
	Ménagement.
	Esthétique.
	Emprunt des moyens de rétention d'une classe à l'autre.
c) La constitution.	Matières plastiques.
	Métal.
	Association des précédents.
	Or estampé.
	Or coulé (de préférence à tout).
d) La construction.	Forme sculpturale.
	Forme anatomique.
	Direction inclinée des gencives, des dents.
	Articulation des maxillaires, des dents (réprouvant les tubercules trop anfractueux) ; mouvements de latéralité ; inclinaison de la surface du plan d'occlusion ; courbe du plan, etc.
e) Les éléments : 1° Dents (forme, nature, teinte).	Imitation de la nature et résistance.
	Toujours avec talons pleins de préférence (porcelaine ou métal.
	Plates ou pleines ; remplaçables sinon interchangeables.
	Plaquées à l'or fin (si plaquage obligatoire).
2° Gencives.	Caoutchouc, émail, porcelaine.

Ces différents points de vue envisagés :

Soit pour le « haut » ;

Soit pour le « bas », où les conditions diffèrent souvent ;

Soit pour les deux arcades ensemble (dentier) ;

Et cela dans chacune des branches de la prothèse, avec les conditions inhérentes à chacune d'elles, chaque classe pouvant emprunter, d'ailleurs, des éléments à l'une des autres.

La préparation du champ opératoire soigneusement faite en conséquence du projet arrêté.

S'agit-il de *prothèse ordinaire*, c'est-à-dire d'appareils à plaque mobilisables.

Pourquoi chevaucher uniformément le long de cette arcade dentaire (parce qu'il est là, cet arc de cercle !) et lui accoler aveuglément une plaque de même forme, qui constituera un plan « gauche » difficile d'adaptation et surtout de stabilité (quand elle n'atteint pas les dimensions d'une grande plaque palatine) et qui, en bas comme en haut, vient bloquer la muqueuse là où l'extrémité de la langue vient précisément toujours se placer dans ses multiples fonctions ?

Sans doute, cette forme est quelquefois légitime ; et il ne faut pas oublier, non plus, qu'un appareil plus large d'assises vaut mieux qu'un appareil réduit mal assujetti : mais c'est là une question de prévision mécanique pour l'établir convenablement.

Pourquoi, quand cela est possible, et cela l'est infiniment plus souvent qu'il n'apparaît tout d'abord, ne pas traverser cet espace constitué par les maxillaires, qui, naturellement, s'offre à nous ; et, comme le ferait un bon ingénieur, lancer un bras, un pont, une traverse de soutien d'une selle, qui peut offrir la même résistance, encombrer beaucoup moins, et souvent aussi aider à garantir les dents restantes en ne touchant que celles que la nécessité impose comme point d'appui ?

C'est, en somme, une question de réflexion, une application de données simples de mécanique, c'est la construction raisonnée d'une charpente, d'une ossature remplissant la condition d'un minimum de dimensions avec le maximum de résistance et de stabilité à l'effort mécanique.

Loin de compliquer, c'est peut-être réfléchir un peu plus, mais c'est simplifier.

Voyons en effet quel est le *mécanisme de rétention des appareils*.

D'abord, des *points d'attache* (pincettes, anneaux, griffes, piliers, etc.) qui, outre la limitation qu'ils donnent aux mouvements de latéralité ont surtout pour but de s'opposer aux effets de la pesanteur, à la chute de l'appareil.

En second lieu, des *surfaces appliquées* sur la muqueuse (plaques, selles) qui agissent par adhérence due à la pression atmosphérique (en vertu du principe démontré classiquement par l'expérience dite des « hémisphères de Magdebourg », ou plus simplement par la superposition de deux plaques de verre) donc, où l'air est supprimé entre les deux surfaces par aspiration ou par la simple pression qui en tient lieu.

Si l'appareil n'a pas de point d'attache, la plaque seule le retient en vertu dudit principe, et la « pièce » est dite à « succion » (contrairement à la signification due à un usage abusif où l'on considère la « succion » comme un appareil additionnel) ; et la surface, dans ce cas, a besoin d'être très étendue en raison des efforts à contrebalancer.

En résumé, deux moyens concomitants : pression atmosphérique et attaches de rétention.

Dans le bridge fixe, par exemple, nous n'avons à notre disposition que les attaches de rétention : elles devront donc être essentiellement puissantes.

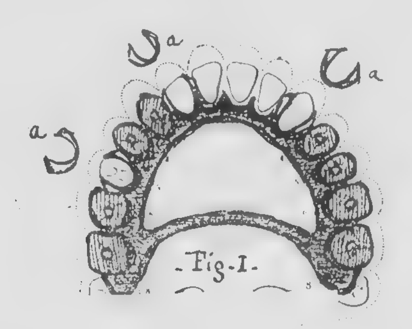
Egalement dans le bridge mobile *vrai*, sauf le concours d'une selle (ou surface relativement restreinte) que l'on peut y adjoindre déjà.

Dans les appareils à plaque où nous disposons de tous les moyens réunis, c'est donc à nous de chercher à les combiner pour obtenir un moyen terme, et réduire au strict nécessaire l'encombrement d'une grande surface, d'une part ; et, d'autre part, le nombre des attaches dont l'action est toujours plus ou moins nuisible.

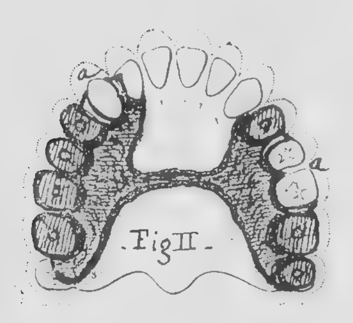
A une plaque dont le centre d'adhérence peut être considéré comme unique, le problème consiste à substituer plusieurs points d'adhérence aussi voisins que possible des forces qui tendent à les détruire, et réunir ces centres d'adhérence par un *système indéformable*, qu'on peut

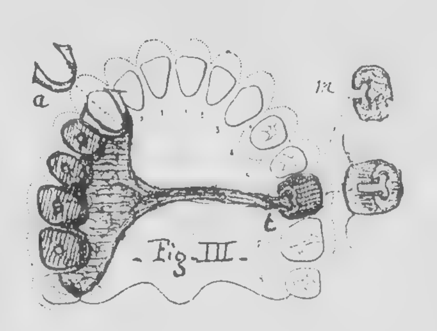
concevoir, réaliser, non plus par une plaque unique, mais par un réseau ou par un système mécanique qui pourra se réduire à un seul pont.

D'autre part, les efforts auxquels le système est exposé seront d'autant mieux contrebalancés que la résultante des forces d'adhérence se confondra davantage avec le centre de gravité de l'appareil.



Points « d'attache », points « d'adhérence » constituent des forces disséminées que des traverses de soutien, bras de levier, en les unissant, rendent solidaires en constituant un système indéformable et bien équilibré.

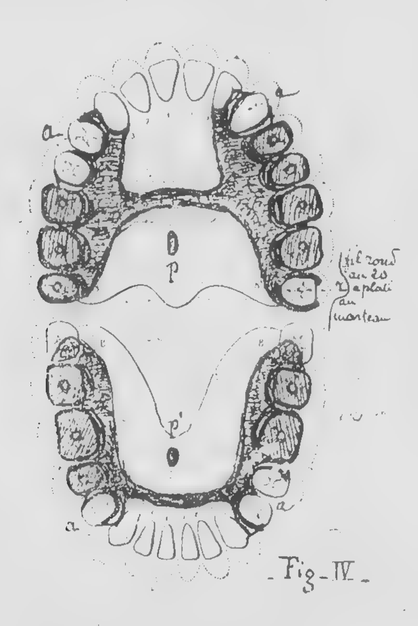




C'est ainsi que l'on pourra réduire à un fil l'arc de cercle, s'il est nécessaire de le conserver, en lui ajoutant des points d'appui, bras de levier, etc., l'appareil tenant à la fois de la plaque palatine complète qui semblerait nécessaire et de la plaque arc de cercle qui serait instable (V. fig. 1 et 6).

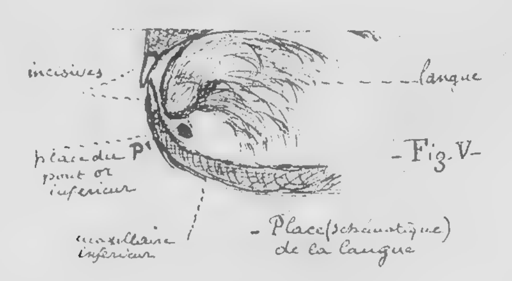
Ou bien l'on réduira les dimensions sans compromettre

l'effort mécanique ni la stabilité, en disposant des portions de plaques, de selles, de dimensions suffisantes, envisagées d'après le concours apporté par les autres points d'appui, selon la position et le nombre des dents restantes saines ou restaurées à dessein (V. fig. 2, 3, 4).



- Fig. IV -

Pour le bas, souvent une galerie est utile derrière les incisives : en ce cas, galerie en or toujours, mais le plus souvent suffit tout simplement le fil ovale placé *à distance*



- Fig. V -

de la muqueuse : le pont mobile, en somme (P, P', Fig. IV).

En résumé, il apparaît rationnel *de viser à donner,* même dans la prothèse ordinaire, *la forme de pont mobile à selle à tout appareil « à plaque »* autant que faire se peut.

Cette forme d'appareil, outre sa réduction utile, est facile d'entretien, et d'ailleurs se souille plus difficilement : elle satisfait donc davantage à l'hygiène.

Mais l'un des grands avantages de ces appareils est de laisser la langue libre en bas comme en haut.

Au palais, le pont *p* passe au-dessus du dos de la langue dont la partie antérieure bute derrière les incisives sur le palais dégagé. En bas, la pointe bute sur les incisives et le pont *p'* passe en dessous. Il s'ensuit que la *phonation* n'est pas incommodée, et que le *contact* direct de la langue subsistant avec la muqueuse maintient son concours au sens du *goût*.

Dans la *construction* de détail, généralement la coupe de la traverse du haut revêt la forme d'une section d'ovale aplati (Fig. 4) variant, selon le cas, entre 2 et 5 m/m de largeur. Il est bon de surélever sur le modèle (d'une épaisseur de carte de visite environ) la place occupée par le pont : après quelques jours d'usage en bouche, l'appareil « rentré » en place, le pont affleurera la voûte palatine qu'il eût pu blesser sans cette précaution. En bas, la forme de la traverse se rapprochera de l'ovale complet, d'environ 3 m/m de largeur en moyenne ; placé à environ 4 m/m plus bas que le collet des incisives, et surtout sera tout à fait distant de la muqueuse dont il sera écarté d'un ou 2 m/m.

En ce qui concerne les *dents*, il faut tout logiquement imiter leur disposition naturelle, donc éviter de les placer dans une direction oblique (ce que nous appelons en éventail) et lorsqu'il y a perte de matière (manque de gencive), la remplacer dans sa position et ses proportions naturelles, et placer les dents dans leur direction normale vers le plan d'occlusion opposé. Placer les dents vers le dehors est un mauvais procédé : l'effort de l'articulation fait levier sur les dents anormalement obliques et les chasse. Outre que l'aspect en est fort peu esthétique, sur les dents de bouche, ce défaut peut même transformer complètement la physionomie.

Des moyens de *rétention* je ne rappelle que pour les

condamner les « crochets » que nous réprouvons tous (on en vend hélas de tout faits!). Je dis « crochets » et non anneaux.

Toute attache est déjà nuisible par le frottement inévitable qu'elle produira ; et la première condition d'être acceptable pour une attache élastique, c'est d'être *complète* et parfaitement ajustée au collet de la dent tout entière, à sa base et sur les faces latérales. Remplissent cette indispensable condition : les « pincettes » (invisibles sur les dents antérieures) et les anneaux, toutes pièces minutieusement « finies », et dont les « ailettes » latérales seront soigneusement libérées du point de soudure (a. fig. 1, 2, etc.) ; sur les molaires basses, surtout postérieures, le fil rond aplati au marteau (léger, souple, pas trop gros — 19 de moyenne) qui s'adapte et agit mieux dans ce cas, pouvant être mis au point à la pince dans tous les sens (r. fig. 4).

Pour les anneaux, depuis l'emploi de l'or coulé, il est possible pour la plupart (et c'est alors le mieux) de les couler avec la plaque : on emploie dans ce cas un alliage d'or en conséquence légèrement platiné ; l'angle formé par le collet de la dent et la muqueuse est, dans ce cas, parfaitement moulé sur l'appareil.

Les griffes de suspension devront être particulièrement soignées dans leur ajustage et leur fini, ces délicats petits organes pouvant reposer la plupart du temps sur l'émail même des dents, soit dans l'interstice des tubercules ou dans l'angle formé par deux dents contiguës, mais mieux sur des inlays ou des émaux. Ils jouent, en diminutif, le même rôle que des tenons, destinés qu'ils sont au maintien de l'appareil à la fois dans le sens latéral, mais surtout dans le sens vertical, le tenant « en suspension » pour éviter son enfoncement dans le plancher maxillaire. Devant être résistants, quoique très réduits pour ne pas gêner l'articulation, ils seront en or fortement platiné pour parer à l'usure et à angles minutieusement finis et ajustés pour diminuer le frottement.

D'ailleurs, s'appliquent en outre à tous les appareils mobilisables les moyens d'attache employés pour les bridges

mobiles proprement dits et qu'on semble réserver à ceux-là avec trop d'exclusivité. L'adjonction d'une bague télescopant une couronne d'or avec ou sans mortaise, glissière, ou coulisseau ; le concours d'un tenon à queue-d'aronde dans un pilier à mortaise (t. et m., fig. 3), ou d'un pivot à rotule (fig. 6 et 7) dont la propriété permettra de ne pas se préoccuper de la direction des anneaux de maintien suffisamment souples, peuvent rendre des services considérables. Et ce sont ces excellents points d'appui qui permettent davantage encore la réduction des appareils et leur transformation en « pseudo-ponts mobiles ».

Mais quel que soit le genre d'attache, on ne saurait trop insister sur l'importance de la délicatesse de leur exécution, de leur ajustage, de leur fini (ce fameux fini qui fait l'orgueil des bijoutiers et que nous n'imitons que trop secondairement). Car c'est l'union de l'action *réelle* de tous ces petits points d'appui qui fait la force de rétention et c'est grâce à cette union bien comprise qu'on peut se permettre la suppression d'attaches trop fortes ou trop visibles, la conception d'un appareil très réduit où le moindre relief, la moindre élasticité peuvent avoir leur conséquence mécanique. C'est aussi de leur perfection que dépendra la diminution du frottement, de l'usure (hélas plus ou moins fatale) des piliers.

Quoi qu'il en soit, à part ces excellents moyens d'attache, il en est en revanche certains autres, pourtant usuels, concernant spécialement les appareils à plaque, qui ne devraient être employés que dans des cas bien exceptionnels : je veux parler des ressorts et des succions.

Avec des appareils bien adaptés, on peut presque toujours se passer de ressorts. Il vaut mieux faire une plaque palatine complète sans ressorts qu'une plaque « arc de cercle » qui les nécessitera, le bas pouvant à peu près toujours s'en passer.

Quant à la « succion », on a donné *à tort* ce nom d'abord à une cavité (chambre à air), puis à de petits appareils faisant plus ou moins office de ventouse, et dont on ménage l'emplacement au milieu de la plaque-base : encore faudrait-il au moins les placer au centre de *gravité* de l'appareil

et non au centre de surface comme il arrive fréquemment : *question de bon équilibre* (V. plus haut).

Mais on ne saurait trop réprouver leur emploi d'abord inutile et quelquefois très nuisible (déformations, perforations, etc.).

La *succion vraie*, c'est l'adaptation parfaite, en tous ses points (due à l'empreinte au plâtre et à l'exécution) de la surface de l'appareil d'une part, à la surface de la muqueuse de l'autre (théorie de l'adhérence de deux plaques de verre), et sans aucun autre artifice. S'il y a lieu, dans de rares cas spéciaux, une *petite* surface de la plaque-base faite en caoutchouc *mou* facilitera l'adhérence de la façon la plus parfaite et la plus inoffensive [1].

Dans la *constitution* des appareils à plaque, sans doute, le caoutchouc a de nombreux avantages pratiques, mais, au point de vue hygiénique, il est à réprouver comme base complète en contact avec la muqueuse. Un excellent moyen d'y remédier est d'employer une plaque d'or fin très mince débordée par le caoutchouc (ou même une simple feuille épaisse d'or à aurifier) adhérente à la surface interne de l'appareil en contact avec la muqueuse.

On a fait à l'or, employé seul, le reproche d'être lourd ; je crois que ce reproche peut être considérablement corrigé par l'attention apportée à n'employer que la quantité de métal nécessaire, et surtout à le bien adapter. L'adaptation là encore est tout, et depuis l'emploi du procédé de coulage, on peut l'obtenir parfaite.

L'alliance de l'or et du caoutchouc est bonne, et c'est ici que la pseudo-forme à pont (les traverses étant en or) offre de nombreux avantages. Mais, en général, tout corps d'appareil est préférable en métal (l'or à 20 carats surtout). Pour le bas, cependant, sur la région molaire, le métal est dur, même bien « bordé » d'un fil arrondi, et, le corps de l'appareil restant en métal, l'adjonction de caoutchouc dans cette région sera souvent une aide précieuse.

---

1. V. *Procédé de rétention des appareils à plaque*. Système rationnel de succion simple en caoutchouc mou. E. Touvet-Fanton (Congrès international de Madrid, avril 1903).

Pour les appareils supérieurs, on recherche la légèreté ; pour le « bas », on peut plus largement s'en dispenser et quelquefois même en rechercher volontairement le poids comme moyen de rétention.

Les pièces estampées ont sans doute plus de résistance aux mouvements de torsion ; leur densité est plus grande. Mais les pièces coulées sont susceptibles d'une adaptation plus parfaite jusque dans les moindres détails. Or, l'adaptation joue un rôle considérable dans le résultat du fonctionnement, du maintien, et évite en outre les inconvénients du frottement, l'usure des dents restantes, etc. Car il faut bien se persuader qu'il n'y a pas d'appareil, d'artifice sans inconvénients ; mais l'adaptation parfaite diminue ceux-là dans d'énormes proportions.

L'or coulé, *bien fait*, est incontestablement plus approché de l'idéal ; et si le métal estampé bien fait, avec double plaque superposée, peut s'en approcher de 75 pour cent, le métal coulé peut atteindre 95.

Dans la *construction*, bien veiller à ne pas donner une forme lourde, « grosse », mais une forme sculpturale élégante, légère, en relativité de la résistance utile ; faire des contours délicats et fins ; tout cela tant au point de vue esthétique qu'au point de vue pratique pour ne pas encombrer la cavité buccale, ni blesser les parties molles. Au point de vue technique, construire en conformité des conditions anatomiques et physiologiques. Ne pas oublier la direction inclinée du massif alvéo-dentaire, l'inclinaison aussi du plan d'occlusion. S'il y a prognathisme, dans l'établissement d'un dentier par exemple, ne pas faire chevaucher inconsidérément les dents de bouche inférieures sur les supérieures, ce qui ferait des maxillaires un « système claveté » ; établir plutôt un système de glissement en biseau, et d'ailleurs, se servir d'un articulateur anatomique pour s'assurer en même temps des mouvements de latéralité.

Eviter les tubercules anfractueux des dents qui, loin de faciliter le déchirement des aliments, font s'engrener les maxillaires, ce qui, par les secousses répétées, arrive à

ébranler très rapidement les piliers de soutien. Effet à redouter plus encore, d'ailleurs, dans les bridges que dans les appareils mobiles, mais non à dédaigner dans aucune prothèse. Eviter aussi de trop serrer les dents les unes contre les autres et aussi contre les dents naturelles restantes, etc.

Les éléments : les dents. — Les rechercher jolies et solides à la fois. Pour cela, si l'on emploie des dents plates, les plaquer à l'or fin (à 24) : elles auront moins de chances de se fracturer au feu et à l'usage aussi, et garderont leur teinte plus vivante. Employer des dents pleines autant que faire se peut. A défaut, faire des talons métalliques. Et surtout, utiliser des dents remplaçables, sinon interchangeables ; dents plates scellées au ciment dans des loges ou des trous à épingle ; dents à tube, de Davis, de Goslee, etc.

Rechercher l'esthétique aussi bien que pour les bridges et, pour cela, préférer les couronnes de porcelaine. Cependant, pour donner l'illusion de l'absence d'artifice, on peut, *sur un appareil* muni de nombreuses dents artificielles, intercaler une *modeste couronne d'or*, etc.

Un problème très délicat, c'est le choix des dents. Leur *forme* d'abord, qu'il faut absolument chercher à mettre en harmonie, d'après celles qui restent, avec la nature du sujet, avec sa physionomie ; leur *teinte* surtout, si souvent difficile à assortir. Car c'est tout un art que la recherche des couleurs dans les émaux translucides. Des teintes qui paraissent précises en les comparant en détail peuvent ne pas être bonnes lorsqu'on les met au milieu des dents naturelles restantes, lesquelles, d'ailleurs, diffèrent entre elles.

Ce n'est pas une exactitude, c'est une « tache » qu'il faut rechercher, parce qu'il y a des éclairages divers, des coloris de transparence qui forment un fond, un ensemble, une tache en un mot, par rapport aux autres dents (et surtout aux dents voisines s'il n'y en a qu'une à remplacer). C'est le rapport de cette « tache » avec l'ensemble formant fond qu'il faut obtenir.

(A suivre.)

DES DENTS DU DAUPHIN ET DE LA TAUPE

Par le professeur agrégé Ed. Retterer.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, 1er février 1921.)

Au XXe siècle, on continue à procéder comme on a fait aux siècles passés : on commence par décrire les dents de l'homme et on les divise en incisives, canines et molaires. Puis, passant aux autres mammifères, on cherche à faire rentrer les formules dentaires dans ce schéma. C'est ainsi que procèdent les anthropomorphistes. Cependant, dès le milieu du XVIIIe siècle, Daubenton[1] écrivit : « Toutes les dents des chiens sont des dents canines ». Ni Cuvier, ni aucun des anatomistes n'ont relevé cette remarque et ils ont continué à homologuer les dents des carnivores à celles des omnivores. Mes recherches antérieures m'ont convaincu de la justesse de l'observation de Daubenton : la conformation des dents dépend de l'usage que font les animaux de ces organes. Une molaire de carnivore a une forme tout autre que celle d'un herbivore. Le sens des mouvements qu'exécute la mandibule, leur énergie, déterminent, à mon avis, l'orientation et l'évolution spéciales des parties molles et dures de ces organes. Bien plus, la structure de la dentine, la façon dont elle se transforme en émail, l'épaisseur de l'émail sont en raison directe de l'attrition que subit la dent. N'ayant pas les moyens de vérifier ces faits par l'expérimentation, il me reste la ressource d'examiner et de comparer entre elles les dents des animaux qui triturent des aliments durs et celles des animaux qui ne s'en servent que comme organes préhensiles, c'est-à-dire chez ceux qui avalent leur proie vivante et après l'avoir seulement déchiquetée. A cet égard, le dauphin et la taupe me semblaient des types tout indiqués.

J'ai appliqué à ces dents, fixées dans le formol ou le bichlorure de mercure, la technique qui m'avait donné de

1. Buffon et Daubenton. *Hist. natur.*, t. V, p. 282-1.755.

bons résultats pour les dents des autres mammifères. En raison de la finesse des éléments, il faut des coupes épaisses seulement de 5 à 7 μ.

I. — Forme et structure des dents du dauphin et de la taupe.

Les dents du dauphin ont toutes même forme ; elles sont *homodontes*. Celles de la taupe, quoique de figure et de dimensions différentes, sont également pointues.

A) Dauphin (*delphinus delphis L.*). — Voici en quels termes Lacépède [1] décrivit les dents du dauphin : « on voit, dit-il, à chaque mâchoire (du dauphin) une rangée de dents peu renflées, pointues et placées de manière que, lorsque la bouche se ferme, celles d'en bas entrent dans les interstices qui séparent celles d'en haut, qu'elles reçoivent dans leurs intervalles ». Le nombre de ces dents peut varier suivant l'âge ou suivant le sexe. Les uns en ont compté 42 à la mâchoire d'en haut et 38 à celle d'en bas ; d'autres en ont trouvé 47 à chaque mâchoire ; d'autres encore en ont vu 96 à la mâchoire supérieure et 92 à la mâchoire inférieure.

Cuvier [2] caractérise la denture du dauphin de la façon suivante :

Le dauphin ordinaire (*delphinus, delphis L.*) à bec comprimé et armé de chaque côté de la mâchoire de 42 à 47 dents grêles, arquées et pointues.

Ch. Tomes [3], parlant des cétacés, s'exprime ainsi :

« Une seule série de dents se développe chez ces animaux ; elles sont d'une forme absolument semblable, lorsqu'elles sont nombreuses. Elles se composent généralement d'ivoire dur, revêtu d'une couche de cément. Il n'est pas rare que l'émail forme le sommet et même un revêtement complet sur les dents de beaucoup de cet ordre [4].

» Chez le dauphin, les dents sont fort nombreuses, car on en

1. *Histoire naturelle des cétacés*, An XII, p. 255.
2. *Règne animal*, 1829, p. 287.
3. *Traité d'anatomie dentaire*, etc., trad. franç., p. 312.
4. Le professeur Turner n'a pas trouvé trace d'émail sur la dent du Narval.

compte près de deux cents; elles sont étroites, coniques, légèrement recourbées en dedans et très aiguës, comme elles s'entrecroisent au lieu de se rencontrer, leur sommet ne subit que peu d'usure et elles restent constamment aiguës. »

Cette citation de Tomes ne nous renseigne guère sur la présence ou l'étendue de l'émail, ni sur la structure intime de l'ivoire et du cément des dents du dauphin. Alors se pose la question suivante : existe-t-il primitivement un revêtement complet d'émail sur la couronne des dents du dauphin, et comment se fait il que cet émail disparaisse partiellement ou totalement ? Max Weber [1] semble admettre la première alternative : sur les dents des cétacés, comme sur les défenses des éléphants, l'émail commence par former un revêtement complet qui plus tard disparaît en certains points par voie régressive.

Pareille régressive serait totale chez le tatou et l'oryctérope. Les dents du dauphin adulte ont une couronne longue de 5^{mm} environ et large de 1^{mm} 5 à 2^{mm}, une seule racine une fois et demie ou deux fois plus longue environ. La couronne est un peu renflée à sa base et se termine en pointe. Sa face externe est convexe et sa face interne légèrement excavée. La pulpe ou cavité dentaire n'a qu'un diamètre de 0^{mm}06 au niveau de la couronne : en avant et en arrière de la pulpe, la partie dure mesure 0^{mm}9 ; en dehors (face externe), elle n'a que 0^{mm}6, et, en dedans (face interne), elle atteint un diamètre de 0^{mm}8.

La partie dure ou ivoire qui entoure la pulpe est traversée par de nombreux canalicules, qui sont disposés perpendiculairement à cette dernière et rayonnent, en décrivant de légères flexuosités vers la surface externe de la dent. Dans la portion interne de l'ivoire, les canalicules ont un diamètre moyen de 1μ à 1, 5μ et sont séparés les uns des autres par une substance fondamentale ou intertubulaire de 2μ à 3μ en moyenne. Chaque canalicule a un contour net, que colore l'hématoxyline et est rempli d'un protoplasma transparent

1. *Die Säugetiere*, 1904, p. 189.

ou hyaloplasma, au centre et vers la périphérie duquel on aperçoit sur les coupes transversales un point coloré, coupe de la fibrille de Tomes. A mesure qu'on approche de la surface externe de la couronne, les canalicules se rétrécissent et l'hyaloplasma se réduit : sur la plupart d'entre eux, on aperçoit un épaississement fortement coloré par l'hématoxyline et occupant l'un des côtés du canalicule où il se confond avec la gaîne de Neumann. A une distance de $0^{mm}1$ de la surface externe de la couronne, il n'existe plus, à la place des canalicules, que des fibres hématoxylinophiles, épaisses de 1 μ environ et distantes les unes des autres de 3 μ en moyenne. De plus, ces fibres de Tomes émettent de nombreux ramuscules latéraux qui s'anastomosent et circonscrivent des mailles étroites remplies d'une masse amorphe. C'est ainsi que se développe à la surface de l'ivoire une couche distincte que nous pouvons appeler *émail* et atteignant une épaisseur de 36 à 40 μ. Cet émail est revêtu d'une couche, épaisse de 5 à 7 μ dont tous les éléments se colorent d'une façon intense, en bloc, pour ainsi dire. Cette couche superficielle me semble correspondre à la *membrane de Nasmyth*.

Quant à la substance intertubulaire de l'ivoire, elle se compose d'une trame réticulée dont les mailles sont remplies d'hyaloplasma basophile et calcifié. Elle a la même structure que celle que nous avons décrite et figurée dans l'ivoire des autres mammifères[1] avec la différence suivante : dans l'ivoire du dauphin, les filaments réticulés de la trame sont plus nombreux et plus serrés et leurs mailles ne mesurent guère que 1 μ ou 1, 5 μ.

A mesure que la dentine évolue vers la surface, l'hyaloplasma des canalicules se réduit en se transformant en substance intertubulaire et, au lieu d'un canalicule, on ne voit plus qu'une fibre hématoxylinophile qui, de distance en distance, traverse la substance fondamentale. De plus, le réticulum hématoxylinophile de la substance intertubulaire

---

1. Voir fig. 2 in *Revue de Stomatologie*, 1920, p. 443.

se développe davantage. Sont-ce les fibres de Tomes qui se divisent et se multiplient ou bien l'hyaloplasma de la substance intertubulaire se transforme-t-il en fibrilles granuleuses et réticulées ? Je ne saurais le décider. Il me semble qu'en évoluant vers la surface la dentine s'appauvrit en masse amorphe et calcifiée. C'est là ce qui explique la présence, à la surface de la couronne, de cette couche de fibrilles hématoxylinophiles serrées à laquelle nous avons donné le nom de *membrane de Nasmyth.*

On y voit, de distance en distance, des vides, analogues à ceux que nous avons décrits et figurés sur les dents de chien décalcifiées [1] : ces vides sont dus à la décomposition de l'hyaloplasma calcifié sous l'influence des acides qui, après avoir dissous les éléments minéraux, désagrègent les éléments organiques.

Quant à la *racine*, son ivoire a même structure que celui de la couronne et sa couche externe figure également une zone claire que nous regardons comme l'homologue de l'émail coronaire. La partie profonde de la racine est entourée d'un cortical ou cément radiculaire, épais de $0^{mm}3$. Le cortical est formé d'un tissu osseux identique à celui que j'ai décrit et figuré sur les autres mammifères [2] : le tissu osseux possède des trabécules hématoxylinophiles à direction essentiellement transversales, qui émettent sur leurs faces des ramifications nombreuses et serrées. La masse amorphe contenue dans le réseau trabéculaire est calcifiée.

Quant aux cellules osseuses, elles sont ovalaires à grand axe parallèle au grand axe de la racine. Leur noyau est long de 7 à 8 μ et large de 2 ou 3 μ seulement. Le cytoplasma est clair ; son grand axe est de 12 μ, et son petit de 7 μ. Une capsule entoure la cellule. Notons que sur le dauphin, comme sur les autres mammifères, la moitié externe du cortical est seule pourvue de cellules nucléées. Dans la moitié interne, le cytoplasma et le noyau ont disparu et il ne reste des cellules osseuses que des cavités vides.

1. Voir fig. 3, *Odontologie*, 30 octobre 1920, p. 521.
2. Voir *Odontologie*, 30 mars 1920, p. 108.

Le ligament ou périoste alvéolo-dentaire qui relie la dent à la mâchoire est épais de $0^{mm}4$; il se compose de faisceaux fibreux à direction prédominante transversale ou horizontale.

B) Dents de la Taupe [1] (*Talpa europaea* L.). — De nombreux anatomistes et zoologistes ont étudié la dentition de la taupe; mais jusqu'aujourd'hui ils n'ont pu se mettre d'accord sur la signification des diverses sortes de dents de cet animal.

La description que nous en a laissée Daubenton est un modèle de clarté et de précision, comme d'ailleurs toutes les observations de cet anatomiste. Quoique d'une certaine étendue, elle mérite d'être citée en entier. Il y avait, dit Daubenton [2], quarante-quatre dents, vingt-deux dans chaque mâchoire. Si l'on ne doit donner le nom de canines qu'à celles qui sont les plus longues entre les incisives et les mâchelières, il se trouvait huit dents incisives dans la mâchoire du dessous, car la cinquième était beaucoup plus longue que les quatre premières de chaque côté ; il est vrai que la quatrième différait des trois autres en ce qu'elle était pointue et dirigée un peu obliquement en dehors, mais elle n'avait pas plus de longueur ; les six incisives du devant de cette même mâchoire étaient toutes à peu près de la même largeur. Il n'y avait que six incisives à la mâchoire supérieure, mais les deux du milieu étaient plus larges que les quatre autres. Les deux canines du dessus avaient plus de longueur, mais moins de largeur à la base que celles du dessous, qui étaient presque aussi larges que longues. Il y avait sept mâchelières de chaque côté de la mâchoire supérieure; les trois premières étaient très petites ; la quatrième, quoique plus longue, n'avait qu'une seule pointe, comme les trois autres ; les trois dernières étaient les plus grosses et avaient chacune trois pointes, deux sur le bord extérieur

1. J'adresse tous mes remerciements à M. Jean-Baptiste Divoux pour la peine qu'il s'est donnée de m'attraper des taupes *vivantes*.
2. Buffon et Daubenton *Histoire naturelle*, t. VIII, p. 101, 1760.

et une sur l'intérieur. Les mâchelières de dessous étaient au nombre de six de chaque côté ; les deux premières étaient les plus petites et n'avaient qu'une pointe ; la troisième était plus grande, elle avait une pointe très apparente au-dessus du corps de la dent, et on apercevait deux autres pointes très petites, une de chaque côté de la base ; les trois dernières dents étaient les plus grosses de cette mâchoire ; elles avaient chacune cinq pointes, deux grandes sur le bord extérieur, et trois petites sur l'intérieur.

Donc, d'après Daubenton, la formule dentaire de la taupe serait la suivante :

$$I.\ \frac{3}{4},\ C.\frac{1}{1},\ P.\ \frac{4}{2},\ M.\ \frac{3}{4}$$

G. Cuvier [1], parlant de la Taupe, écrit : Les mâchoires sont faibles, et sa nourriture consiste en insectes, en vers et en quelques racines tendres. On lui compte huit incisives en haut, huit en bas. Les canines ont deux racines, ce qui les fait participer de la nature des fausses molaires ; derrière elles sont en haut quatre fausses molaires, en bas trois et ensuite trois molaires hérissées.

La formule dentaire serait, donc, d'après G. Cuvier :

$$I.\ \frac{3}{4},\ C\ \frac{1}{1},\ P.\ \frac{4}{3},\ M.\ \frac{3}{3}\cdot$$

F. Cuvier donne la formule suivante :

$$I.\ \frac{3}{4},\ C\ \frac{1}{0},\ P.\ \frac{4}{4},\ M.\ \frac{4}{4}\cdot$$

D. de Blainville arrive à la formule que voici :

$$I.\ \frac{4}{4},\ C.\ \frac{1}{1},\ P.\ \frac{3}{3},\ M.\ \frac{3}{3}\cdot$$

Is. Geoffroy St-Hilaire, Owen, Max Weber, R. Hertwig adoptent cette autre formule :

$$I.\ \frac{3}{3},\ C.\ \frac{1}{1},\ P.\ \frac{4}{4},\ M.\ \frac{3}{3}\cdot$$

Pour Claus, la formule dentaire de la Taupe serait la suivante :

1. *Règne animal*, T. I, p. 131, 1820.

$$\text{I. } \frac{3}{4}, \text{ C. } \frac{1}{1}, \text{ P. } \frac{3}{2}, \text{ M. } \frac{4}{4}$$

Ces résultats différents sont dus à ce qu'on n'est pas d'accord sur la dent qui représente la canine et sur les dents qui doivent compter comme prémolaires ou molaires.

La détermination des canines, dit Ch. Tomes[1] en parlant de la Taupe, présente de telles difficultés, qu'on n'a pas attribué à cet animal moins de cinq formules dentaires différentes.

La prétendue canine supérieure est très développée ; mais elle s'implante en partie dans l'os intermaxillaire, car la suture osseuse passe à travers son alvéole, immédiatement en arrière de la racine postérieure de la canine. Si l'on s'en tenait à l'implantation, ce serait donc une incisive, mais elle ne ressemble pas du tout à une incisive ; elle a deux racines, ce qui est anormal, quoiqu'on en trouve deux également sur la canine du *gymnura*, implantée dans l'os intermaxillaire.

La dent qui remplit les fonctions de canine inférieure est la cinquième à partir de la ligne médiane ; c'est une dent à deux racines, et si étroitement conforme aux trois prémolaires qui la suivent que manifestement il faut la considérer comme une de ces prémolaires qui se développent et s'allongent plus que les autres. Elle se place *en arrière* de la dent *caniniforme* supérieure lorsque la bouche se ferme, de sorte que de ce fait elle ne peut plus être appelée canine par ceux qui attachent de l'importance à l'appellation.

Ch. Tomes a renoncé à donner une formule dentaire pour la Taupe et il est dit ailleurs (*loc. cit.* p. 285) que les naturalistes ont perdu un temps bien précieux à démontrer que la canine (des divers animaux) a, pour ainsi dire, une individualité aussi réelle que les autres catégories de dents.....

Les dents des formes mères n'étaient, comme celles des monophyodontes actuels, que très peu différentes les unes des autres.

---

1. *Traité d'Anatomie humaine*, trad. franç., 1880, p. 398.

Dobson, puis Leche [1] ont établi le fait curieux que voici : la quatrième dent de lait (à compter d'avant en arrière) a la forme d'une canine ; la dent permanente qui la remplace prend celle d'une incisive et c'est la première prémolaire qui acquiert la figure de la canine permanente.

Les classificateurs comptent comme incisives les dents qui se développent dans l'os intermaxillaire. La Taupe ne rentre pas dans la règle, puisque la dent qui précède la canine et qui a forme d'une incisive prend naissance dans le maxillaire supérieur. La canine elle-même, bien que possédant la figure de celles qui portent ce nom, en diffère par sa double racine.

Les mêmes incertitudes existent sur le nombre des prémolaires et des molaires. La formule dentaire, comme d'ailleurs toute formule, n'est que l'expression de l'idée que nous nous faisons des choses ; elle n'est pas la réalité même. Ne tenant aucun compte des facteurs qui vont varier la forme des dents, la formule ne saurait exprimer ni la réalité, ni l'ensemble des phénomènes évolutifs. En d'autres termes, la morphologie des dents est impuissante à nous expliquer leurs variations de forme et de structure.

Les molaires de la Taupe sont longues de 2 à 3^{mm} et leur couronne atteint une longueur de $0^{m}9$ à 1^{mm} avec une largeur de $1^{mm}2$. Quant aux canines de la mâchoire supérieure, leur couronne représente un crochet qui dépasse les autres dents de $1^{mm}5$ à 2^{mm}.

Malgré ces dimensions variables, les dents de la Taupe offrent une structure identique :

1° Une couche de dentine non calcifiée épaisse de 10 μ ; 2° une couche de dentine calcifiée de 80 à 100 μ ; 3° une couche superficielle ou émail. Dans la dentine calcifiée, les canalicules ou tubes sont larges de 2,5 μ avec une fibrille de Tomes, dont l'épaisseur est celle d'un trait de l'oculaire micrométrique. Ces canalicules sont éloignés les uns des autres de 1,5 ou 2 μ ; autrement dit, l'étendue de la substance fondamentale est de 2 μ entre deux canalicules.

---

1. *Anatom. Anzeiger*, t. 13, p. 525, 1897.

La couche superficielle de la couronne épaisse de $0^{mm}03$, que nous avons appelée émail, est formée de fibres hématoxylinophiles, d'un diamètre de 2,5 μ et éloignées les unes des autres par une distance qui est également de 2,5 ou 3 μ. Ces fibres sont la continuation des fibrilles de Tomes de l'ivoire sous-jacent, mais considérablement épaissies et dont la direction est très oblique par rapport à ces dernières.

Les racines offrent une structure analogue. A la dentine non calcifiée fait suite une couche de 70 μ de dentine calcifiée qui est revêtue d'une zone claire de 8 μ, homologue de l'émail coronaire.

La substance fondamentale ou intertubulaire de l'ivoire se compose, comme chez le dauphin, d'une trame réticulée très serrée à mailles remplies d'hyaloplasma calcifié.

La dent est fixée à la mâchoire par un ligament dentaire épais de 70 μ. Je n'ai pu trouver sur aucune des dents des Taupes que j'ai étudiées trace de cortical osseux. Il est cependant probable qu'avec l'âge il se développe chez la Taupe un cortical osseux.

II. — Résultats et Considérations générales.

L'ivoire ou dentine des dents du Dauphin et de la Taupe se caractérise par des canalicules étroits, peu flexueux et par une substance intertubulaire ou fondamentale peu abondante. Comme chez les autres mammifères, la substance fondamentale se compose d'une trame réticulée et d'une masse amorphe calcifiée, contenue dans les mailles du réticulum. Ce qui distingue la dentine du Dauphin et de la Taupe, c'est la richesse des filaments du réticulum, l'étroitesse des mailles et, par suite, le peu de développement de la masse amorphe calcifiée.

Les couches les plus externes de la dentine se continuent, sur la couronne, avec une couche superficielle fort mince dans laquelle les canalicules ne sont plus représentés que par la fibrille de Tomes et où le réticulum hématoxylinophile très fin et très serré renferme la masse calcifiée. En

de nombreux points, la décalcification fait apparaître des vides, dus à la désagrégation de la substance organique après le départ des éléments minéraux. Enfin, la surface de cette couche superficielle qui correspond à l'émail des autres mammifères est revêtue d'une mince pellicule ou membrane qui me semble résulter de la persistance et du tassement du réticulum hématoxylinophile après la désagrégation de la masse amorphe calcifiée.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés montrent combien un seul et même organe varie de structure selon le milieu et l'usage. Nous sommes en présence d'organes qui méritent le nom de dents au même titre que les molaires de Cheval et de Bœuf. Mais les éléments des dents du Dauphin ou de la Taupe sont si déliés que la technique usuelle appliquée aux dents triturantes ne saurait nous renseigner sur la structure des dents préhensiles du Dauphin et de la Taupe. B. de Vecchis, par exemple, qui vient de publier un mémoire sur la structure des dents de l'Homme, du Chien, du Mouton, fait des coupes épaisses de 25 μ et bicolores.

Pareille technique employée dans l'étude des dents du Dauphin et de la Taupe ne donnerait que des coupes qui, colorées, se présenteraient comme des taches, c'est-à-dire des images confuses. Pour distinguer des éléments de 1 ou 2 μ, dont la distance ne dépasse guère l'épaisseur, il faut des coupes de 3 à 5 μ et des colorants électifs. C'est à ce prix seulement qu'il est possible d'appliquer à ces dents le précepte de Lavoisier disant que la science est une affaire de poids et de mesure.

Jusqu'à présent, on n'a pu, d'après Noyes[1], établir de rapports exacts entre les diamètres des canalicules dentaires d'une part, la variété de dents, l'espèce animale et l'âge, d'autre part. La comparaison des dents de Dauphin et de Taupe avec celles des autres mammifères montre nettement que les canalicules sont plus étroits, la substance in-

1. *A text-Book of dental Histology*, 1912, p. 171.

tertubulaire moins développée et plus riche en filaments hématoxylinophiles sur les dents préhensiles, c'est-à-dire sur celles qui ne subissent pas d'attrition que sur les dents triturantes. La considération de l'acte mécanique nous permettra également de comprendre pour quelles raisons le Dauphin possède des dents de forme toutes semblables et nous rendra compte de la similitude si grande des diverses dents de la Taupe. Le Dauphin se sert uniquement de ses dents pour accrocher, percer et déchirer les poissons vivants dont il se nourrit. L'absence de trituration a pour conséquence que les dents gardent toutes la forme de pointes.

Chez la Taupe, les diverses dents acquièrent une configuration quelque peu différente, mais toutes sont aiguës et rappellent plus ou moins les dents canines. La Taupe, se nourrissant de larves de Hannetons et de Vers, n'a besoin que de crochets pour les retenir entre ses mâchoires et pour les déchiqueter. Si les zoologistes n'ont pu se mettre d'accord sur la formule dentaire de la Taupe, c'est qu'au lieu de partir de l'acte mécanique, ils continuent à vouloir ramener les dents de cet animal à celles des mammifères qui broyent des grains, des racines ou des herbes. La Taupe a conservé plus ou moins la forme des dents des premiers carnassiers ou *Créodontes* qui vivaient dans l'Eocène inférieur et dont la formule dentaire est, d'après Cope :

$$\text{I. } \frac{3}{3}, \text{C. } \frac{1}{1}, \text{ P. } \frac{4}{4}, \text{ M. } \frac{3}{3}.$$

La Taupe a déjà apparu dans le Miocène, et les conditions d'existence de ce mammifère n'ayant pas été interrompues, n'ayant guère subi de changements, ses dents ne se sont point différenciées.

Bien qu'on ne pense plus avec Cuvier que chaque animal a été fait ou créé pour le milieu où il vit, on continue dans la pratique à raisonner comme lui. On prend pour type la formule dentaire de l'homme et on tente de ramener à ce modèle les dents des autres mammifères. La plupart des auteurs ne considèrent d'ailleurs que les dimensions et la configuration de ces organes, et, d'après les seuls faits visi-

bles à l'œil nu, ils font descendre ces formes les unes des autres. Pour juger des variations morphologiques ou structurales, il faut recourir à l'examen microscopique. Pareille étude nous renseigne non seulement sur les différences de configuration, mais encore sur le développement et la structure variables que subit la dentine ou l'émail sous l'influence des facteurs mécaniques. Les dents qui ne servent qu'à la préhension sont de forme et de structure différentes de celles qui sont employées à la trituration.

En suivant sur de pareilles préparations les modifications que présente l'ivoire dans ses couches superficielles, on voit, sur les dents du Dauphin et de la Taupe, l'hyaloplasma diminuer, puis disparaître à mesure qu'on approche de la surface de la couronne. Comme chez les autres mammifères, la fibre de Tomes s'épaissit et le réticulum hématoxylinophile de la substance intermédiaire à ces fibres devient de plus en plus serré. La couche qui revêt et termine la dentine rappelle l'émail des dents triturantes, mais elle n'atteint qu'un très faible développement, probablement à raison de la faible attrition à laquelle la dent est soumise.

Cet émail est recouvert, sur toute la couronne, par une pellicule, cuticule ou membrane de 5 μ environ qui se colore de la même façon que le réticulum formant la trame de l'émail. Nous l'avons homologuée avec la *membrane de Nasmyth*.

On sait combien sont nombreuses et contradictoires les hypothèses qui ont été émises sur l'origine et la nature de cette membrane. Découverte en 1839 par Nasmyth, elle a été étudiée par les histologistes et les embryologistes qui sont d'accord sur la résistance qu'elle offre aux acides chlorhydrique ou azotique, à la potasse bouillante. On sait, d'autre part, qu'elle est calcifiée, mais moins que l'émail et que, bien développée sur les dents *jeunes* qui ne présentent pas encore trace d'usure, elle disparaît rapidement sur les dents soumises aux frottements.

D'où vient la membrane de Nasmyth et quelle est la nature ou l'espèce d'éléments qui la constituent ? Pour Huxley, elle représenterait la membrane préformative, c'est-à-dire

une membrane recouvrant primitivement la papille. Ce n'est pas l'avis de ceux qui lui donnent le nom de cuticule dentaire et qui la font provenir de l'organe prédentaire. C'est ainsi que Waldeyer la regarde comme une pellicule kératinisée de l'épithélium prédentaire, tandis que Kölliker, et d'autres supposent qu'après avoir sécrété l'émail, l'épithélium prédentaire achève sa tâche en recouvrant ce dernier d'une sorte de vernis protecteur.

John Tomes, puis Ch. Tomes, Magitot, Wedl, Baume, etc. soutiennent, par contre, que la membrane de Nasmyth est l'homologue du cortical coronaire qu'on observe sur les dents des Herbivores. La membrane de Nasmyth serait, sur les dents simples, un rudiment de cortical coronaire.

Sur les dents préhensiles du Dauphin dont les supérieures s'emboîtent dans les intervalles des inférieures et réciproquement, l'usure ne se fait point par frottement. La masse amorphe, calcifiée, qui est contenue dans les mailles du réticulum, se désagrège et se pulvérise avant le réticulum. Ce dernier, peu ou point calcifié, est formé de fibrilles hématoxylinophiles et élastiques sur lesquelles se dépose le nitrate d'argent, qui résistent aux acides forts, et qui gonflent dans la potasse. Dès le mois de mai 1920, j'ai signalé une membrane ou cuticule sur les dents du Chien et le dessin que j'en ai publié [1] la représente comme une membrane foncée à double contour. A la surface de la dent, l'émail se désagrège d'après un processus identique à celui que détermine l'action des acides dans la portion profonde : les sels calcaires, en se dissolvant, entraînent la disparition de la partie organique de la masse amorphe, tandis que le réticulum élastique persiste.

Avant de vouloir lever une difficulté, il faut la connaître ; avant de résoudre un problème, il est nécessaire d'en poser et définir les éléments. La mince couche d'émail que nous décrivons sur les dents du Dauphin et de la Taupe répond, au point de vue évolutif et structural, à l'émail des dents tritu-

---

1. Voir l'*Odontologie*, fig. 3, p. 521, 1920.

rantes. Quelle est sa composition? Nous l'ignorons. Sauf les analyses de dents triturantes (Homme, Bœuf et quelques autres), nous ne possédons, que je sache du moins, aucune donnée touchant la composition chimique ni de la dentine ni de l'émail des dents uniquement préhensiles. Dans les dents triturantes, la substance organique de l'émail est réduite à quelques centièmes. Quant aux dents préhensiles du Dauphin et de la Taupe, l'observation microscopique nous y montre une trame presque aussi abondante, peut-être plus abondante que la masse calcifiée. Lorsque cette dent préhensile s'use, j'en ai déjà fait la remarque à propos des dents de Chien, la masse amorphe calcifiée se raréfie, s'effrite et disparaît avant la trame, et, il reste un lacis de filaments qui se colorent comme la trame de la dentine. C'est ce lacis de filaments tassés qui me semble correspondre à ce qu'on décrit sous le nom de cuticule ou de membrane de Nasmyth.

Conclusions :

Les dents du Dauphin et de la Taupe n'étant que des dents préhensiles ont la forme conique ou une couronne hérissée de pointes. La dentine possède de minces canalicules et une substance intertubulaire à réticulum très développé et à mailles étroites. Sur la couronne, la dernière couche de dentine prend la forme et la structure d'un mince revêtement d'émail. En se désagrégeant, la masse calcifiée de l'émail laisse, à la surface de la couronne, une membrane due à la persistance et au tassement du réticulum. Elle correspond à la membrane dite de Nasmyth.

LA RECONSTITUTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE PAR LES DIFFÉRENTES AUTOGREFFES ET HÉTÉROGREFFES OSSEUSES

Par le Dr Eugène Lickteig,

Chargé de cours de stomatologie,
Directeur de la clinique dentaire de la Faculté de médecine de Strasbourg.

(*Communication au Congrès de Strasbourg, juillet 1920.*)

(Résumé, par l'auteur).

La grande faculté de régénération observée dans les processus ostéomyélitiques de la mâchoire inférieure trouve sa confirmation, au moins quant à la longue durée de la régénérescence osseuse, chez les blessés de guerre.

Veut-on juger de la grande valeur de l'ostéoplastie de la mâchoire inférieure, il faut être sûr que, dans les cas opérés, la consolidation de la pseudarthrose ou le recouvrement de l'endroit défectueux par l'ostéogénèse régénératrice n'aurait pu se faire sans opération. La méthode conservatrice favorise dans bien des cas de grande perte de substance une régénération osseuse sans une intervention chirurgicale. Avec le concours de particules de périoste dont la présence n'avait pu être constatée auparavant, le pont osseux peut prendre absolument le même aspect que ceux obtenus par des ostéoplasties. Quand il reste des particules de périoste dans la perte de substance on pourrait attribuer à une ostéoplastie prématurée un succès qu'on aurait pu obtenir sans elle. C'est pourquoi il faut admettre dans le plan du traitement la possibilité d'une consolidation osseuse spontanée, tout en comptant sur l'élimination de quelques séquestres.

Par contre, les fragments alvéolaires qui sont effectivement séparés de toute base de la mâchoire n'ont pas de grande faculté ostéogénétique.

Les différences fondamentales des ostéoplasties proviennent de la source du greffon. Les plasties dont le greffon a été prélevé sur l'individu à opérer, connues sous le nom d'autogreffe, ont supprimé presque complètement les autres

méthodes. L'hétérogreffe où l'on emploie les greffons d'un animal d'une autre espèce (hétéros) n'a été pratiquée que rarement et a été presque complètement abandonnée par les chirurgiens d'aujourd'hui. Pourtant elle n'est pas sans valeur pratique. Son plus grand mérite réside dans les intéressantes observations qu'elle permet de faire et qui sont un précieux complément pour la compréhension scientifique du processus chimico-biologique des ostéoplasties. Parmi les autogreffes on distingue celles dont les greffons restent adhérents par un lambeau et par une partie des tissus nutritifs, de celles qui n'ont plus aucune adhésivité et qui sont placées à un autre endroit dans un lit de tissus. Une simple réflexion biologique pourrait faire croire que ce genre de greffe, par un ou plusieurs lambeaux osseux qu'Imbert-Réal nomment « autogreffe in situ », est la méthode la plus couronnée de succès et la plus employée. Dès 1902 cette méthode fut préconisée par Morestin et appliquée à des blessés de guerre, principalement par Cavalié.

En réalité il ne se trouve pas dans le voisinage des endroits défectueux de la mâchoire inférieure de matériel d'os ou de périoste propre à être employé comme greffon ; c'est justement ce manque de matériel à faculté ostéogénétique qui est la cause de la perte de substance et de la pseudarthrose confirmée. Les bouts fragmentaires consistent la plupart du temps en un cal osseux éburné qui non seulement n'est pas un greffon approprié, mais qui peut même être un obstacle au succès d'un autre greffon ayant toutes les qualités requises.

Nous sommes ici dans la nécessité de débarrasser les bouts fragmentaires de ce cal osseux et de préparer par un avivement la mise en place du greffon. Cet inconvénient seul peut suffire à réduire l'emploi de l'autogreffe in situ à quelques cas plus spécialement appropriés. Dans des cas de plastie « in situ » le greffon n'a changé ni de forme ni de volume et il a été relié aux bouts fragmentaires par une soudure osseuse solide, semblable à une guérison de fracture. Par contre, nous pouvons constater sur les greffons qui ont

été prélevés à distance des changements qui permettent une opinion sur les processus de l'ostéogénèse réparatrice.

Le processus de réorganisation qui consiste dans une phase de résorption du matériel osseux du greffon et dans une phase d'ostéogénèse dans les zones de résorption ne peut que très rarement être vu dans les radiographies.

Souvent il survient une résorption plus forte, ce qui fait que l'ostéogénèse qui suit ne semble pas s'enchaîner avec la résorption, ou bien les processus ne sont plus observables dans les zones macroscopiques. C'est le cas lorsque le greffon est un os spongieux, comme par exemple la crête iliaque qui est un os tout indiqué pour la greffe osseuse des parties recourbées du maxillaire inférieur. J'ai effectué dès le début, et sans aucun préjudice, l'immobilisation de la mâchoire inférieure contre la mâchoire supérieure, pendant les trois premiers mois qui suivent la greffe osseuse. En employant un greffon rigide, on peut empêcher les mouvements isolés de pseudarthrose aux endroits où se touchent greffons et fragments. De telles irritations ne peuvent être qu'un obstacle à toute soudure osseuse. Même en cas d'immobilisation intermaxillaire en occlusion les masséters sont encore susceptibles de contraction, de sorte que les mouvements de pseudarthrose subsistent. Un greffon flexible peut absorber les oscillations sans que les parties du greffon en contact avec les bouts fragmentaires soïent ébranlées. L'emploi d'un tablier ostéopériostique est ma méthode de choix pour les cas où il y a un fragment postérieur édenté qui se compose généralement de la branche montante.

La méthode de la greffe ostéopériostique part du point de vue que la membrane périostique et surtout ses couches profondes jouent le rôle important dans le processus d'ostéogénèse réparatrice.

Nous pouvons le mieux observer la régénération osseuse par une série de radiographies. Si l'on emploie un greffon périostique auquel adhèrent une multitude de particules osseuses on peut constater que l'ostéogénèse s'étale régulièrement tout le long du greffon.

Au bout de quelques mois il peut même se former à distance des fragments un noyau osseux en forme d'îlot ou de massue. Par contre les radiographies des greffes osseuses rigides montrent la première trace d'ostéogénèse aux bouts fragmentaires. Dans les cas de greffe osseuse on n'observe jamais d'accroissement d'expansion, phénomène qui se produit régulièrement quand on applique la greffe ostéopériostique.

Dans quelques cas où les blessés ont refusé leur consentement à l'opération de l'autogreffe, j'ai pratiqué des hétérogreffes. Comme les hétérogreffons ne peuvent jouer qu'un rôle passif, les préoccupations lors de la préparation des greffons étaient d'ordre purement chimico-sérologique. Le choix tomba sur l'angle de la mâchoire du porc. Après un prélèvement aseptique, toutes les parties molles furent enlevées, le greffon préparé à peu près de la grandeur voulue fut mis dans le récipient (appareil à vide). Le liquide sanguin du porc fut aspiré par une forte pression négative. Par une affluence de sérum physiologique, le liquide sanguin transsudé fut rincé et l'os fut imprégné par le sérum.

L'os fut exposé à une température moyenne de 40° pendant plusieurs heures dans le sérum physiologique pour obtenir une diminution de l'activité de l'albumine. On retira peu de temps avant l'opération, par le vide, le sérum physiologique et on imbiba l'os de sang défibrinisé du patient même. Pour augmenter cette imbibition, le sang fut pressé sous une pression de 3-5 atmosphères dans les pores et les canalicules osseux. Toutes ces manipulations peuvent être exécutées en prenant des précautions aseptiques.

Je décris la méthode préparatoire, bien que je sois loin de voir en elle un facteur essentiel du succès d'une hétéroplastie. En réalité, tous les greffons préparés de cette façon ont été enclavés par première intention, comme les autogreffons, sans complication. Dans un cas de perte de substance partant de la canine gauche et atteignant la première molaire droite, j'ai introduit un greffon hétéroplastique, pris sur un porc et préparé d'après les méthodes décrites plus haut. Six mois après l'opération on pouvait constater

que vers les bouts fragmentaires une partie du greffon avait disparu par résorption. Cette résorption augmenta rapidement et il se produisit en même temps aux bouts fragmentaires une ostéogénèse si intense qu'après un an les fragments s'étaient réunis. Le greffon hétéroplastique avait disparu ; il existait une jonction osseuse qui avait exactement la forme d'un menton. Le greffon hétéroplastique donc a été la base d'une formation d'os nouveau très étendue.

Nous ne pouvons parler du succès absolu d'une greffe osseuse que si, à la fonction nouvellement rétablie, s'ajoute une consolidation anatomique qui persiste. Même alors, le succès peut être douteux, car pendant et après la fin de l'ostéogénèse on peut rencontrer des processus régressifs. Nous pouvons concevoir l'ostéogénèse réparatrice comme une série de phénomènes dans lesquels les résorptions et les oppositions du matériel osseux se succèdent. Le résultat du processus qui suit chaque blessure d'os dépend du fait que l'un de ces instants l'emporte sur l'autre. L'avivement chirurgical des fragments où l'ostéogénèse est arrivée à un arrêt est la cause d'une nouvelle excitation de ce processus.

Si nous considérons au point de vue de la théorie de Leriche et Policard les différents phénomènes que nous venons d'observer sur les greffons auto-hétéroplastiques, nous pouvons en conclure que, malgré la diversité de ces phénomènes, un greffon approprié fournit en réalité, dans un milieu ossifiable, les conditions les plus favorables à une régénération osseuse.

La différence entre la théorie de Leriche et Policard au sujet de la création d'un milieu ossifiable, et la théorie classique d'Ollier de l'action de présence de l'os est la suivante : Ollier conçoit l'action de l'os comme étant biologique ; Policard par contre comme étant chimico-physique, dans un milieu biologique.

Vous voyez que l'ostéoplastie, dont nous avons appris à connaître l'importance pratique, nous amène à des considétions qui peuvent servir à de nouvelles recherches concernant l'ostéogénèse.

APPAREILLAGE MAXILLO-FACIAL

Par le Dr Albert Lévy, de Strasbourg.

(Communication au Congrès de Strasbourg, juillet 1920.)

(Résumé par l'auteur.)

Si je me permets de vous entretenir aujourd'hui des gouttières maxillaires, je sais d'avance que je ne serai pas en état de vous communiquer des idées bien neuves ou bien originales, mais peut-être y a-t-il un certain intérêt à constater qu'à Strasbourg, nous qui avons travaillé séparés et sans possibilité d'échanger des idées avec les praticiens des pays alliés, nous sommes arrivés à peu près aux mêmes méthodes et aux mêmes résultats que vous.

Je procède en premier lieu à la démonstration des gouttières simples pour la réduction et la contention des fractures de la branche horizontale sans brêche osseuse.

Un *premier* modèle montre une triple fracture de la mâchoire.

Sur le *second* on voit comment les fragments d'arrière sont réduits dans l'articulation à peu près normale par des plans obliques. Les dents du haut manquantes sont remplacées par une petite gouttière pour permettre le travail des plans obliques.

Le troisième modèle montre comme le fragment gauche déplacé en avant est réduit en position normale par une gouttière à coulisse.

Après le même modèle les gouttières des fragments postérieurs en position normale sont reliées par un fil métallique muni de crochets. Les fragments du milieu sont attirés par des caoutchoucs vers ce fil.

Le modèle suivant fait voir la gouttière de rétention coulée et le dernier modèle montre la restauration intégrale.

La seconde série de modèles fait voir à peu près le même procédé.

Après cette série on voit de nouveau la gouttière à coulisse. Cette gouttière est devenue dans les der-

niers temps notre moyen réducteur préféré dans tous ces cas, qui ne permettent pas la réduction immédiate par une gouttière toute simple.

Elle est construite d'une façon très simple, mais excessivement forte, de sorte qu'elle permet l'application de tous les degrés de force imaginable dans le traitement des fractures maxillaires. Elle consiste en une carcasse et une couverture métallique qui maintient l'épine et tout ce qui est attaché après vigoureusement dans la position que nous souhaitons lui donner. Nous faisons cette gouttière aussi avec une modification qui nous permet d'enlever la partie extérieure de la couverture, ce qui facilite l'application et le contrôle.

Nous nous servons de cet appareil au lieu des plans obliques, qui en somme n'assurent la position normale que si la bouche est close.

Dès que la bouche s'ouvre le plan oblique cesse de fonctionner et le fragment retombe dans la fausse position. Le mouvement du maxillaire produit donc un mouvement continuel des fragments qui est douloureux et peu favorable à la consolidation.

Par contre notre coulisse offre une sécurité absolue quant aux mouvements de latéralité.

En outre elle préserve du surmenage les dents du maxillaire inférieur en transportant le point d'appui des forces réductrices sur les dents du maxillaire supérieur. Chacun sait combien de tracas nous occasionne l'état souvent précaire des dents des fragments. La gouttière à coulisse nous tire d'embarras en transmettant la charge au maxillaire intact.

Malgré sa forme légèrement massive, elle n'est nullement encombrante pour le porteur, mais naturellement il faut toujours en approprier les dimensions au cas spécial.

Si un des fragments principaux est édenté, la coulisse nous permet de reconstruire l'entité fonctionnelle de la mâchoire par une pelote que nous faisions de préférence en gutta-percha. La réduction du fragment jusqu'au point voulu s'obtient facilement en ajoutant la gutta.

Nous nous servons de même de cet appareil pour les fractures des branches montantes et des apophyses.

La dernière série de modèles du maxillaire inférieur fait voir le remplacement prothétique de cet os. La première reconstruction est sans dents et maintenue par une triple glissière après les couronnes sur les dents restées. Le second moulage est la construction définitive avec les dents et une modification de fixation. Le tout fonctionne à souhait et présente une force de mastication remarquable.

Je viens au traitement des fractures du maxillaire supérieur. Le moyen de contention le plus appliqué en général est encore le casque ou la coiffe des différents systèmes. Nous sommes d'avis qu'ils présentent tous les inconvénients d'être d'une construction difficile, qui prend beaucoup de temps, et manquent de stabilité. Ils gênent beaucoup le malade, principalement s'il est couché, et ils sont sujets à des déplacements dès que la tête heurte un obstacle, même un oreiller ou un dossier de fauteuil.

D'un autre côté tous les observateurs estiment que, vu la tendance restauratrice énorme du maxillaire supérieur, une contention toute légère suffit pour aider aux raffermissements des fractures. Nous avons donc délaissé tous ces bandages encombrants et nous les avons remplacés par cette gouttière à bielles qui nous a rendu les meilleurs services. Ce sont deux simples gouttières réunies par des bielles à ressort. En choisissant les points d'insertion et la force des ressorts appropriés on obtient un équilibre qui maintient le maxillaire dans sa position naturelle.

Il nous arrive aussi d'avoir à intervenir dans les blessures de l'orbite et de perte du globe oculaire. Dans ces cas il y a très souvent des dispositions cicatricielles qui rendent impossible l'application d'un œil artificiel. Nous avons réussi à rendre des services aux oculistes par un appareil dilatateur qui est maintenu par une attelle dentaire.

Voilà une pièce de prothèse pour un cas spécial de blessure du maxillaire supérieur et de l'intérieur de la bouche. Le blessé avait reçu une fusée lumineuse en pleine bouche;

dont résulta une brûlure complète de l'intérieur de la cavité buccale de la voûte palatine. La déformation cicatricielle, la perte complète du procès alvéolaire et le manque du palais osseux rendaient impossible la confection d'une pièce avec moyens usités de fixation de prothèse. Nous fixâmes la prothèse par deux tiges métalliques qui sont entrées par les narines et passent par deux apophyses de la prothèse, obturant les perforations du palais. Nous avons observé le patient pendant un an et il ne s'est jamais montré d'irritation de la muqueuse nasale.

J'arrive à une autre catégorie de gouttières qui est d'une importance capitale dans les opérations de grande chirurgie, intéressant notre spécialité.

D'abord les gouttières pour *greffes osseuses*. Quel est le problème qui est à résoudre ? Il s'agit de construire une gouttière qui maintienne les fragments dans leurs positions naturelles, mais permette en même temps à l'opérateur tous les mouvements imaginables pour pouvoir intercaler la greffe. La greffe en place l'appareil doit la maintenir jusqu'au rétablissement naturel de la continuité osseuse. De plus, il doit permettre le blocage, et tout cela sans que l'opérateur ait besoin d'introduire une seule fois ses doigts dans la bouche durant l'opération. L'appareil que nous employons se compose de gouttières pour le haut et pour les fragments du bas. Les deux gouttières du bas sont reliées entre elles par deux organes du côté lingual : un ressort et deux tiges métalliques, dont l'une porte une fenêtre par laquelle passe une vis munie d'un écrou, fixé après l'autre tige. Pendant l'opération l'écrou est dévissé. Le ressort suit tous les mouvements de l'opérateur quand il intercale la greffe osseuse. Dès que le morceau d'os est placé entre les moignons le ressort se serre et le maintient dans sa position. La plaie fermée l'opérateur n'a qu'à serrer les vis et, pour plus de sécurité, à placer une ligature métallique autour des bouts des deux tiges et l'entité fonctionnelle aussi bien que le maintien de la greffe sont assurés. Pour pouvoir

effectuer le blocage toujours indiqué nous nous servons de nouveau de la gouttière à coulisse, cette fois traversée par une vis. Naturellement la coulisse n'est pas couverte pour ne pas empêcher les mouvements nécessaires pendant l'opération.

Cet appareil naturellement n'est pas applicable aux greffes intéressant les parties mentonnières. Dans ces cas il s'agit d'éviter que les greffes ne soient entraînées par l'effet des abaisseurs et de la pesanteur dans la région sous-mentonnière. Les abaisseurs deviennent à peu près inactifs si la bouche est largement ouverte. Le reste de la fonction est compensé en mettant la greffe plus haut que nous ne désirons la retrouver à la fin du traitement. Nous avons employé dans ce but une gouttière à béance et à coin interchangeable.

Dans ce cas le blocage est fait par des verrous.

Dans toutes les opérations de reconstruction mandibulaire il est d'une grande importance de ne pas créer de porte d'entrée pour les infections en blessant la muqueuse de la bouche à l'endroit de l'opération.

Pour éviter la déchirure il n'y a qu'un moyen, c'est de faire deux temps. Pour les greffes nous allongeons la muqueuse en mettant les moignons à leur place avant l'opération. Si la muqueuse se déchire, on a tout le temps d'attendre la guérison avant de procéder à l'opération.

Ce procédé n'est pas praticable dans les cas où l'on veut allonger le maxillaire consolidé en position vicieuse par la section en marche d'escalier, recommandée par M. Lickteig. Si l'on voulait écarter les deux fragments au moment de la section, la muqueuse se déchirerait au même moment. Il faut donc écarter les deux parties du maxillaire l'une de l'autre en petite station pendant les jours suivant l'opération. C'est cet appareil que nous employons à ce propos.

Il nous reste à jeter un coup d'œil sur les appareils servant au traitement des affections de l'articulation temporo-maxillaire : la luxation et l'ankylose.

Le traitement logique de la luxation consiste naturellement à priver le malade pendant un certain temps de la possibilité de faire le maximum de mouvements. Nous y arrivons de la façon la plus simple avec notre gouttière à coulisse munie d'une fente dans la couverture et d'une vis dans l'épine. La longueur de la fente règle la possibilité d'ouverture. La couverture empêche les mouvements latéraux.

Bien plus difficile à résoudre est le problème de la constriction des mâchoires. Naturellement un grand nombre de cas, principalement d'origine musculaire, cèdent facilement à nos moyens dilatateurs comme daviers, coins, vis, etc. Mais ce n'est pas le cas pour les véritables ankyloses congénitales ou acquises au jeune âge, d'origine articulaire ou para-articulaire. Ce sont ces cas où le condyle est fixé d'une façon à peu près immuable dans la cavité glénoïde, et le malade présente en général l'aspect typique de la micrognathie, le visage d'oiseau.

Je vais vous présenter un cas de ce genre. Il a subi à l'âge de neuf ans, après une scarlatine, une suppuration de la région de la branche montante droite, à la suite de laquelle se manifesta la constriction des mâchoires. Depuis une vingtaine d'années il n'était plus en état de desserrer les dents. Quand le malade se présentait il y a trois mois à notre service il avait cependant une petite possibilité de mouvement d'à peu près un demi-millimètre ; donc il ne pouvait pas être question d'ankylose osseuse. La radiographie nous révéla que le condyle droit était fixé contre la cavité glénoïde, tandis que l'articulation gauche montrait un vide entre le condyle et le fond de la cavité.

L'ankylose du côté droit avait créé une demi-luxation du côté gauche. Pour couper court il s'agissait d'une ankylose articulaire bi-osseuse et intra-capsulaire.

Pour le traitement il ne fallait pas penser à autre chose qu'à l'opération ; mais pas à l'opération seule, car si l'on procède dans un cas pareil au débridement sans le faire suivre d'un traitement orthopédique énergique, après huit jours l'ankylose serait rétablie.

Mais quel doit être le traitement orthopédique ? Toutes les méthodes venues à ma connaissance suivent le mouvement naturel de l'ouverture de la bouche. Je crois que ce n'est pas la bonne méthode pour ces cas, car même en ouvrant la bouche au maximum, nous n'arriverons jamais à retirer le condyle de la fosse glénoïde, nous n'arriverons donc pas à étendre et à allonger la capsule articulaire ; mais il faut arriver à arracher presque le condyle de la fosse.

Nous avons donc construit une gouttière qui fait basculer le maxillaire autour d'un pivot interdentaire posé dans la région des molaires aussi loin en arrière que possible. Les gouttières portent deux butes pour le levier que le malade fixe aux bouts par des caoutchoucs.

Le résultat dont vous pouvez vous assurer vous-mêmes répond à nos attentes, et nous espérons que cet état se maintiendra.

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Moulages en plâtre de Paris dur. — On peut faire ces moulages sans les faire bouillir dans la stéarine ou la cire. En ajoutant 1/3 de poussière de marbre au plâtre pendant qu'on prépare le mélange pour le moulage, on aura un moulage solide qui résistera à toute pression forte et aura une expansion minima. *(Pacif. Dent. Gaz.)*

Cyanose dans l'anesthésie au protoxyde d'azote. — La cyanose est non seulement inutile, mais dangereuse dans l'anesthésie au protoxyde d'azote. Tant que les surfaces restent roses, tout va bien. L'examen des patients qui sont morts pendant cette anesthésie montre que les surfaces devenaient d'abord noirâtres, puis cyanosées; puis la suffocation était complète, le centre respiratoire paralysé, ensuite la mort survenait.

Un avantage de cette anesthésie, c'est que le chirurgien a toujours devant lui une indication exacte de l'état du patient par l'aspect du sang dans la blessure. Tant que le sang garde une couleur rouge saine, tout va bien. Il ne doit jamais devenir noir, car c'est là un des signes les plus exacts et les plus sûrs du danger.

(Journ. of the Nat. Dent. Ass.)

Enlèvement des tire-nerfs brisés. — Quand un tire-nerfs se brise dans le canal radiculaire, il est impossible de l'enlever. On peut le faire facilement avec une solution saturée de trichlorure d'iode appliquée 10 ou 15 minutes, qui se combine avec l'acier et permet de l'enlever. Dans les dents antérieures, il faut considérer la décoloration et ces dents exigeraient sans doute une couronne de porcelaine. Hopewell Smith prétend qu'un tire-nerfs brisé dans un canal radiculaire amène une résorption de la racine, de sorte que nous n'avons pas de décoloration à envisager. *(Commonw. Dent. Rev.)*

Stérilisation de la matière plastique pour empreintes. — Cette stérilisation peut être obtenue en plaçant la pâte usagée dans un récipient qui puisse entrer dans le vulcanisateur préalablement nettoyé parfaitement.

Le vulcanisateur est fermé et la température élevée jusqu'à 212° F. pendant 15 à 25 minutes. La pâte en sortira légèrement durcie, mais non abîmée comme elle le serait par l'ébullition. Cette méthode n'est pas nouvelle, mais a été indiquée par quelque Journal dans ces dernières années. *(Dental Digest.)*

Formules d'alliages divers

Argent d'aluminium

Aluminium, 3 parties
Argent fin, 1 partie.

Alliages pour bijouterie or

Or rouge. —	Or fin	750
	Cuivre rosette	250
Or rose. —	Or fin	750
	Argent fin	200
	Cuivre rosette	50
Or bleu. —	Or fin	750
	Fer	250
Or vert d'eau. —	Or fin	600
	Argent fin	400
Or vert. —	Or fin	750
	Argent fin	250
Or feuille morte. —	Or fin	700
	Argent fin	300
Or anglais jaune. —	Or fin	750
	Argent fin	125
	Cuivre rosette	125
Or anglais blanc. —	Or fin	750
	Argent fin	150
	Cuivre rosette	100
Ou bien :	Or fin	750
	Argent fin	170
	Cuivre rosette	80

Alliages simili-or

A.)	Cuivre	5	parties
	Platine	2	id.
	Laiton	2	id.
	Argent	1	partie
	Nickel	1	id.
B.)	Cuivre	12,5	parties
	Platine	1,5	partie
	Argent	1	id.

(*Procédés modernes, Bourdais*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE STRASBOURG [1]

Section d'Odontologie (14e section) (*Suite*).

V. — APPAREILLAGE EN CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE, PAR LE Dr LÉVY.

M. le Dr Lévy donne lecture de sa communication et présente des modèles, ainsi qu'un opéré (V. p 384).

M. Vichot remercie M. Lévy du travail énorme qu'il a fourni et ajoute que, en raison d'un défaut d'ouïe, l'auteur préfère qu'il n'y ait pas de discussion momentanément, mais qu'il se tient à la disposition des confrères désireux d'avoir des explications.

VI. — LA CONCEPTION DE LA PROTHÈSE MODERNE, PAR M. TOUVET-FANTON.

M. Touvet Fanton donne lecture de sa communication (V. p. 351).

M. Vichot dit que les congressistes connaissent l'originalité des travaux de M. Touvet-Fanton, qui les communique soit à la Société d'odontologie de Paris, soit dans les congrès. Ses recherches sont ingénieuses surtout en prothèse, dans ses bridges et dans sa description de couronnes Alexander.

La séance est levée à midi.

Séance du 28 juillet après-midi.

PRÉSIDENCE DE M. VICHOT.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2 à la clinique médicale de la Faculté de médecine (Hôpital civil).

I. — LE TRAITEMENT DES DENTS INFECTÉES (SOINS DU 4e DEGRÉ), PAR LE Dr MAURICE ROY.

M. Roy donne lecture de sa communication (V. nos de février et mars 1921).

---

1. V. *Odontologie*, août, septembre, octobre, décembre 1920, février, mars, avril et mai 1921.

DISCUSSION.

M. Godon félicite M. Roy d'avoir exposé les théories de conservation qui sont à la base de l'enseignement donné à l'Ecole dentaire de Paris. Les progrès en thérapeutique dentaire ont pour but la conservation des dents, chez les enfants des écoles 95 o/o ont des dents cariées ; à plus forte raison chez les adultes ; il n'est donc pas probant d'attribuer les maladies à l'état des dents, comme le font souvent les médecins. Il est possible cependant que dans certains cas les maladies des dents aient une répercussion sur l'organisme.

La doctrine soutenue par M. Roy est d'ailleurs dans la thérapeutique américaine, car il a entendu dire autrefois par le président d'un congrès : « Nous nous félicitons de traiter les dents au lieu de les extraire. »

M. Pont estime que dans les patients que traitent les dentistes il y a des malades et non des maladies ; il y a la clinique et le terrain : il ne faut donc pas poser des principes généraux. Il faut cependant tenir compte de certaines exagérations de la théorie conservatrice. Quand un individu a de la pyorrhée à un certain degré, malgré des soins lents et coûteux, le traitement conservateur n'aura pas d'effet. Il faut donc avoir égard au terrain.

M. Roy a insisté sur le traitement en plusieurs séances ; il faut l'en féliciter. La conservation du 4e degré est très difficile, car on ne peut guère désinfecter les canaux. Il faut chauffer la dent pour la déshydrater, mais il ne faut pas de l'air trop chaud. L'acide arsénieux n'est pas mauvais, à condition de ne pas en abuser. Quand on fait du traitement en plusieurs séances pour un 4e degré, s'il ne guérit pas, il ne faut pas s'entêter.

« J'ai eu, dit-il, un patient qui voyageait beaucoup et qui se faisait faire un pansement tantôt dans une ville, tantôt dans une autre. Je fis faire la radiographie de la dent pour découvrir la cause de la persistance du mal et je trouvai une fistule.

» Dans un autre cas rebelle au traitement, je fis faire également la radiographie et je trouvai aussi une fistule que je soignai et guéris. »

Le placement du coton exige des précautions antiseptiques ; il faut du coton bien stérilisé : pour cela on plonge les mèches dans de l'alcool boriqué et l'on flambe au moment même de les introduire, elles sont stérilisées sans être brûlées.

Toutefois ces observations ne diminuent en rien la valeur du travail de M. Roy.

M. Spira dit que, de leur côté, les praticiens alsaciens, isolés pendant cinq ans des méthodes employées en France et aux

Etats-Unis, sont cependant arrivés aux mêmes résultats que le Dr Roy et que leurs résultats sont calqués sur les siens.

M. Sauvez considère que c'est du traitement des dents infectées que dépend tout le bien que peuvent faire les dentistes à l'humanité. Aux Etats-Unis, à Rochester, il y a une clinique où deux frères ont fait ablation de tout ce qu'ils pouvaient, puis ils se sont attaqués aux dents. Alors il s'est formé une école : les exodontistes qui enlèvent toutes les dents mortes. Ce système a passé l'Océan. A Paris certains dentistes placent le patient dans une pièce tendue de draps blancs et, avec des instruments appropriés, pratiquent l'alvéolectomie qui est payée de 1.000 à 2.000 fr. suivant l'aspect du patient.

Le raisonnement qui fait dire qu'il faut enlever toutes les dents mortes est faux. En médecine les dents sont chargées de tous les péchés d'Israël ; on a mis sur le compte des accidents de dentition beaucoup de maladies infantiles. Beaucoup de médecins ne s'occupent pas des dents de lait ; beaucoup de médecins voient la syphilis partout, surtout dans les dents. Ils mettent tout sur le compte des dents, parce qu'on les voit.

Il faut donc traiter cette question sérieusement, attirer l'attention là-dessus et réagir. Comme le disait M. Godon au Congrès de 1900, il n'y a pas de supériorité nationale, mais des supériorités individuelles.

Autrefois on voyait beaucoup de sinusites, puis on en a vu beaucoup moins, maintenant on n'en voit plus, parce que les canaux sont soignés.

M. Roy a insisté sur le danger des Beutelrock et il a eu raison. L'obturation immédiate a aussi une grande importance et pourtant personne n'en a parlé. La gutta qu'on introduit en chauffant est un véhicule d'infection.

La radiographie en Amérique a pris des proportions merveilleuses : aucun malade n'entre dans un sanatorium de tuberculeux sans qu'on radiographie ses dents et cette opération coûte 2 dollards. Si un spécialiste dentaire se mettait à faire chez nous de la radiographie pour un prix modique (on sait combien c'est coûteux) cela rendrait de grands services.

La dent, en effet, n'est pas isolée, elle communique avec l'organisme ; il ne faut donc la traiter qu'en se rappelant qu'elle a des rapports avec la pathologie générale.

En conclusion les dentistes français sont dans la bonne voie ; qu'ils ne se laissent pas influencer par ce qui se passe à l'étranger. La communication de M. Roy si claire, si précise, si nette, ne peut avoir pour effet que de donner plus de considération à la profession dentaire. Il est donc heureux de l'en féliciter.

M. Lebègue cite un cas dans lequel il a pu, après désinfection, conserver des racines extrêmement utiles après restauration au point de vue masticatoire.

M. Roy est heureux d'avoir traduit le sentiment général dans sa communication et d'avoir montré la gravité que peuvent avoir des idées justes mais insuffisamment mûries.

C'est de la nature du terrain organique que dépendent les grosses infections que l'on observe parfois. Conserver les dents veut dire simplement conserver celles qu'on peut guérir, celles dont la conservation ne peut nuire à la santé.

Quant à la durée du traitement et au nombre des pansements, le traitement, s'il ne doit pas être trop rapide, doit être court. Il met deux ou trois pansements, presque jamais quatre. Le pansement d'une grosse molaire inférieure dure 15 à 20 minutes ; si, après quatre pansements rigoureux, la dent n'est pas guérie, elle ne guérira pas par les moyens *ordinaires*.

Il réalise l'antisepsie des mèches en les trempant dans le chloroforme ce qui permet d'avoir instantanément les mèches sèches et aseptiques en faisant évaporer celui-ci. On parle de réinfection, comment s'en étonner quand on voit des praticiens qui, après avoir désinfecté minutieusement une dent, désobturent celle-ci et mettent un coton pendant que le patient ferme la bouche et laissent ainsi la dent se réinfecter pendant qu'ils préparent la matière obturatrice.

M. Sauvez a été bien inspiré en parlant des accidents de dentition. Combien d'enfants meurent parce que les médecins incriminent les dents à tout propos quand il existe d'autres causes morbides qu'ils ne voient pas. Il en est de même, en effet, pour les exagérations actuelles concernant les dents mortes et le rapprochement que M. Sauvez a fait est tout à fait de circonstance.

(*A suivre*).

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

(1er-6 *août*).

La date du Congrès, primitivement fixée au 26-31 juillet, a été définitivement arrêtée au 1er-6 août.

Le Comité local de la section d'odontologie est composé de MM. Adam, Bertaux, Deforges, Ferry, Laurent, Lefèvre, Dr Marsat, Michel, Thuillier, tous de Rouen.

Il a constitué son Bureau de la façon suivante :

Président : M. Bertaux ; *Vice-président :* M. Thuillier ; *Secrétaires :* MM. Adam, Laurent ; *Trésorier :* M. Ferry.

Les séances de la Section d'Odontologie se tiendront au Lycée.

Une exposition de fournitures dentaires sera annexée à la section.

Adresser les adhésions et les demandes de participation au président de la section, M. G. Villain, 10, rue de l'Isly, Paris.

Deuxième liste d'adhérents.

MM. Adam, Rouen.
Arroyo, Paris.
G. Aspa, Harfleur.
Ad. Baude, Coutances.
Blanchard, Châteauroux.
Blémant, Anet (Eure-et L.)
Mme Bonnefoy, Besançon.
MM. Brodeur, Paris.
Brooker, Rouen.
Dr Caumartin, Lille.
Dr Chenet, Paris.
Mlle Cottarel, Rouen.
MM. Cowan, Nice.
P. Deforges, Rouen.
Degouys, Elbeuf.
A. Dubois, Gaillac (Tarn).
Dumay, Paris.
L. Duncombe, Nice, Trouville.
Edwards, Biarritz.
Fernagut, Beyrouth.
Ferry, Rouen.
Dr Fichot, Clermont-Ferrand.
Dr Gauthier, Nice.
MM. Dr Guibourg, Rennes.
Guichard, Paris.
Holstein, Rouen.
P. Housset, Paris.
Humblot, Paris.
Jouen, Rouen.
Joyeux, Chartres.
Dr B Kritchevsky, Paris.
Laurent, Rouen.
G. Leclerc, Bihorel (S.-Inf.).
Lefèvre, Rouen.
Dr Marsat, Rouen.
Marsat (Augustin), Rouen.
Marsat (Lucien), Rouen.
G. Martinier, Paris.
P. Martinier, Paris.
Dr Mendel Joseph, Paris.
Dr J. Polus, Bruxelles.
Renhold (Michel), Paris.
Roux, Rouen.
Dr Solas, Paris.
Souveine, Troyes.
Vernat, Poitiers.

Familles de congressistes inscrites.

Mme Bertaux, Rouen.
Mme Robin, Rouen.
Mlle Thuillier, Rouen



PROTHÈSE MODERNE.

Discussion générale. — Rapporteur : M. Touvet-Fanton.

Les congressistes désireux de prendre part à cette discussion sont invités à consulter auparavant le travail de cet auteur intitulé

« *La conception de la prothèse moderne* » *publié dans* L'Odontologie *de juin et juillet* 1921.

Communications annoncées.

M. P. Housset (Paris). — Rapport sur les infections périapicales et leurs relations avec l'état général des malades.

M. Sadrin (Paris). — 1° Disposition générale de l'appareil masticateur chez l'homme. Sphéricité de la surface masticatrice. Rayon de la sphère. Courbe que décrit l'arcade dentaire sur cette sphère. Eléments de cette courbe. Application à l'orthodontie et à la prothèse.

2° Construction d'une denture artificielle complète. Eléments géométriques et mécaniques du problème. Leur détermination et leur application. Présentation et usage des appareils originaux de l'auteur.

3° Nature des efforts auxquels est soumis la contreplaque d'une facette de porcelaine. Résistance du métal. Calcul de l'épaisseur.

4° Utilisation des courants d'induction en art dentaire.

M. Eudlitz (Boulogne-s-Seine). — L'enseignement technique en 1re année de scolarité.

M. Fabret (Nice). — Le gazotherme et l'hypersensibilité dentinaire.

Dr *Mendel Joseph* (Paris). — 1° Contribution expérimentale à la pathogénie des adénites cervicales tuberculeuses dans leurs rapports avec la carie dentaire.

2° Recherches expérimentales sur la virulence des streptocoques des infections périapexiennes.

Dr *B. Kritchevsky* (Paris). — Traitement des spirochétoses (pyorrhée alvéolaire par les préparations arsenicales).

Dr *Eudore Dubeau* (Montréal). — L'enseignement et l'hygiène dentaires au Canada.

Dr *Godon* (Paris). — Hygiène dentaire publique : De la nécessité de créer en France, dans les grandes villes, particulièrement pour le traitement dentaire complet des enfants et des adultes, des dispensaires spéciaux comprenant :

a) Clinique de consultation et d'examen.

b) Services de traitement de dentisterie opératoire.

c) Laboratoire de prothèse dentaire.

d) Personnel nécessaire de techniciens (chirurgiens-dentistes, mécaniciens-dentistes) et d'infirmiers.

e) Installation matérielle en rapport avec l'importance du service.

Dr *Albert Lévy* (Strasbourg). — Les troubles dentaires de la grossesse.

Dr H. Chenet (Paris). — Les accidents de l'incisive latérale supérieure.

M. Guichard (Paris). — Anesthésie par la respiration précipitée (essoufflement).

Démonstrations pratiques annoncées.

M. Fabret (Nice). — Le gazotherme sans aide.

M. Joyeux (Chartres). — 1° Appareil distribuant automatiquement de l'eau tiède et aromatisée.

2° Têtière aseptique pouvant s'adapter sur les principaux fauteuils.

M. Arroyo (Paris). — Présentation de la machine Taggart pour la coulée des métaux.

M. Paul Housset (Paris). — 1° Présentation d'appareils à tendeur.

2° Présentation d'un bridge amovible à selle articulée.

3° Modifications apportées à l'appareil d'urgence pour fracture des maxillaires.

M. Ch. Guébel (Paris). — 1° L'emploi des matrices en celluloïd pour la reconstitution partielle et même totale des dents avec les ciments aux silicates, avec présentation de patients.

2° La nécessité de la radiographie dans l'art dentaire, spécialement en dentisterie opératoire.

M. G. Aspa (Harfleur). — Prise d'empreintes pendant l'occlusion et montage des dentiers complets.

M. Touvet-Fanton (Paris). — Embout permettant l'adaptation d'aiguilles interchangeables sur les seringues à embout lisse ou fileté, indistinctement

M. Georges André (Paris). — Tour électrique à usages multiples.

Excursion projetée.

Une excursion, organisée par le Comité général rouennais pour tout le Congrès, aura lieu le jeudi 4 août. Barentin (visite des usines Badin, tissages), Duclair (déjeuner), St-Vandrille (visite des ruines de l'Abbaye), Le Trait (visite des chantiers Worms et Cie).

Elle se fera par train spécial.

Prix du déjeuner : 11 francs.

Prière de se faire inscrire dès à présent.

AVIS

Les confrères désireux de participer au Congrès, ainsi que ceux qui désirent y faire des communications, démonstrations ou présentations, sont priés d'en aviser le président de la Section dans le plus bref délai.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSURANCES CONTRE LES ACCIDENTS

Le Bureau de l'A. G. S. D. F. nous communique la note ci-jointe de nature à renseigner les sociétaires sur l'importante question des assurances contre les accidents concernant le personnel du cabinet et du laboratoire ou à son service particulier.

La question des assurances contre les accidents, soulevée déjà bien avant 1914, était restée sans solution malgré son importance pour la profession.

Des pourparlers avaient été engagés avec les Compagnies d'assurances, mais rien n'était encore mis au point lors de la déclaration de guerre.

La commission syndicale de l'A. G. S. D. F., sur l'initiative de son président, a repris cette question et, après de nombreuses démarches, est arrivée à mettre sur pied un contrat assurant *l'entière sécurité* du chirurgien-dentiste contre tous accidents survenant au cabinet dentaire, au laboratoire ou à son service particulier.

En général, nos confrères sont en possession d'une police d'assurance, dite « Assurance-Loi », concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail (professions commerciales et industrielles. Loi du 9 avril 1898). Mais l'exercice de l'art dentaire constituant une profession libérale, il semble que nous ne sommes pas assujettis à cette loi.

En cas d'accident grave (incapacité permanente) l'indemnité à verser étant considérable, il est probable, sinon certain, que les Compagnies chercheront à éviter de payer une forte somme en soulevant la caducité du contrat (notre profession n'étant pas garantie par la loi de 1898).

De plus, il est aussi un personnel spécial gravitant autour du cabinet dentaire (assistants, infirmiers, comptables et domestiques) et il est nécessaire et obligatoire de se mettre à couvert contre les accidents qui peuvent survenir à ce personnel, non couvert par la loi de 1898.

Un exemple fera mieux comprendre la gravité de certains de ces accidents. Supposons un domestique, chargé du nettoyage du cabinet dentaire, qui, ramassant un tire-nerf tombé par mégarde, se fait une piqûre septique entraînant une grave mutilation. Dans ce cas très possible, la responsabilité civile seule entre en jeu.

Il faut donc une police mettant à couvert la sécurité du praticien, quel que soit l'accident ou l'accidenté.

Le contrat donnant *pleine et entière satisfaction* est celui de la police mixte, garantissant :

A) Loi de 1898 sur les accidents du travail.

B) Responsabilité civile à l'égard du personnel.

C) Paiement du 1/2 salaire et des frais médicaux.

Nous engageons de plus nos confrères à faire insérer dans leur contrat le détail du personnel et son salaire et à faire spécifier par écrit que la Compagnie contractante garantit :

« Tous les accidents survenant au personnel tant au cabinet, au laboratoire, *qu'à son service particulier.* »

Pour terminer, nous attirons l'attention sur la question des apprentis qui, par la nature de leurs fonctions et l'insouciance de la jeunesse, sont plus que tous autres susceptibles d'accidents. Ils doivent être assurés au même titre que le petit mécanicien et pour un salaire annuel *minimum* d'environ 3 600 fr. (quelle que soit la rétribution qui leur est allouée).

Cette question des assurances doit être l'objet d'un rapport détaillé pour l'Assemblée générale, mais son importance a décidé le Bureau à faire ce communiqué aux sociétaires pour les inciter à régulariser leurs polices.

La Commission syndicale a rempli son rôle en les avertissant d'un danger permanent et si ces quelques lignes leur évitent par la suite des ennuis pécuniaires ou autres, elle se considérera comme satisfaite.

N. B. — En janvier prochain, un dossier complet comprenant la correspondance avec les Compagnies sera soumis à l'Assemblée générale de l'A. G. S. D. F.

EXAMENS
DES ÉTUDIANTS APPELÉS SOUS LES DRAPEAUX

La lettre suivante a été adressée le 9 *mai* 1921 *par l'Ecole dentaire de Paris au Ministre de la Guerre* (*Direction du Service de santé militaire*).

Monsieur le Ministre,

Vous avez fixé par une circulaire du 18 avril dernier, insérée à *l'Officiel* du 23 avril, page 4972, les dispositions à appliquer en 1921 aux étudiants et élèves des grandes écoles.

Dans la 2e partie, relative aux examens des élèves des écoles civiles

n'ayant pas servi antérieurement à leur entrée dans ces écoles et aux examens des étudiants des facultés incorporés dans les pelotons spéciaux, il est question, à l'art. 9, à l'art. 47 et dans les *cas particuliers*, des étudiants en médecine, pharmacie et *Art dentaire*. Mais *l'annexe n° 1*, qui accompagne *l'Instruction* et qui indique les matières sur lesquelles portera l'examen des étudiants en médecine, pharmacie, ne mentionne pas les *étudiants en art dentaire*.

Nous pensons que cette omission ne peut être que le résultat d'un oubli, que nous nous permettons de vous signaler, en vous priant de vouloir bien, s'il en est ainsi, nous en aviser, pour que nous puissions en informer nos nombreux étudiants, tout en faisant insérer un erratum au *Journal Officiel*.

Veuillez agréer, etc.

BÉNÉFICE
DE LA DEMI-TAXE SUR LES AUTOMOBILES

L'Administration, se basant sur les travaux préparatoires de la loi du 25 juin 1920, estime que, parmi les patentables des professions libérales, peuvent seuls bénéficier de la demi-taxe ceux qui en profitaient sous l'ancienne réglementation, laquelle excluait les avoués, les notaires et les avocats. Il ne serait, d'ailleurs, pas rationnel d'accorder le tarif réduit aux contribuables de ces catégories qui font usage de l'automobile, alors que la taxe entière devrait être appliquée s'ils se servaient du cheval et de la voiture. Au surplus, les tribunaux, saisis de ces différents points, trancheront la contestation.

(*Le Conseil commercial*, 30 avril 1921.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

STATISTIQUE DENTAIRE BRITANNIQUE

Le nombre total des dentistes figurant au *Dental Register* de 1921 publié par le Conseil médical général est de 5.610 (5.455 en 1920 et 5.275 en 1914).

Les licenciés et gradués en chirurgie dentaire y sont au nombre de 4.527, tandis que les praticiens en exercice en 1878 y sont au nombre de 995.

2.558 dentistes enregistrés possèdent le diplôme de licencié en chirurgie dentaire ; 648 possèdent le diplôme d'Edimbourg ; 561 celui de Glasgow, etc.

Le nombre des gradués dentaires est de 47 ; celui des dentistes coloniaux est de 55 ; celui des étrangers de 26.

(*The British Dental Journal*, 15 mars 1921.)

STATISTIQUE DENTAIRE NORVÉGIENNE

Au 1er décembre 1920 pour une population de 1.861.424 habitants, la Norvège comptait 595 chirurgiens-dentistes (dont 22 étrangers), soit 1 dentiste pour 3.128 habitants. Mais 258 de ces dentistes sont établis dans les cinq villes principales qui renferment 473.999 habitants, ce qui représente 1 dentiste pour 1.837 habitants.

(*Norske Tandlægeforenings Tidende*, avril 1921.)

DON A L'AIDE CONFRATERNELLE

Notre Directeur a reçu de M. J. C. Van Hasselt, président de la Fédération dentaire néerlandaise, qui représentait cette fédération aux fêtes du Quarantenaire en novembre 1920, *une lettre dont nous croyons nécessaire d'extraire les passages suivants :*

« L'an dernier, lorsque, grâce à l'invitation du Conseil d'administra-
» tion de l'École dentaire de Paris, nous eûmes la faveur d'assister aux
» fêtes de cette organisation en l'honneur de son Quarantenaire, nous

» éprouvâmes une impression inoubliable de l'accueil chaleureux et
» sympathique que nous témoignèrent les confrères français.

» Parmi les discours prononcés à cette occasion au banquet du Palais
» d'Orsay il en est un qui m'impressionna particulièrement : celui où
» l'un des convives parla de *l'Aide confraternelle aux dentistes fran-*
» *çais et belges victimes de la guerre* et de ce qu'il y avait à faire pour
» soulager leurs besoins. En souvenir de cet appel et en vue de contri-
» buer, si modestement que ce soit, à cette œuvre, j'ai fait une collecte
» parmi quelques confrères hollandais.

» Je vous fais parvenir ci-inclus 2625 francs, produit de cette col-
» lecte, avec prière de bien vouloir les verser dans la caisse de *l'Aide*
» *confraternelle*...... »

Nous joignons nos remerciements à ceux qui ont déjà été adressés à M. Van Hasselt pour son acte de bonne et généreuse confraternité.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Etude de Me André Guest, avoué à Evreux, rue Chartraine et Traversière.

EXTRAIT DE JUGEMENT

D'un jugement rendu par le tribunal correctionnel d'Evreux, le 7 avril 1921, entre :

M. Eugène-André Michel, chirurgien-dentiste, président de l'Association professionnelle des dentistes de la Seine-Inférieure et des départements limitrophes, demeurant à Rouen, 14, rue des Carmes, partie civile, ayant Me Guest pour avoué.

D'une part,

Et : 1° M. Blancheton, Marc-Julien, mécanicien-dentiste, demeurant à Vincennes, 80, rue Diderot ;

2° M. Lecerf, Joseph-Eugène-Ernest, docteur-médecin, demeurant à Ivry-la-Bataille.

Il a été extrait ce qui suit :

Attendu que les faits tels qu'ils ressortent tant de la procédure d'information que des débats sont les suivants : le docteur Lecerf établi depuis de nombreuses années à Ivry-la-Bataille où sa valeur professionnelle est généralement appréciée, dut cesser, à la suite d'un accident qui le privait d'une partie de sa dextérité, d'exercer personnellement l'art dentaire auquel il s'était livré sur les sollicitations de sa clientèle médicale, et il s'adjoignit alors Blancheton, qui encore à l'audience, prend le titre de dentiste ;

Attendu que Blancheton, simple mécanicien-dentiste, ne remplit, pour pratiquer l'art dentaire, aucun des articles seize et trente-deux de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, et cependant en mil neuf cent dix-neuf, mil neuf cent vingt, à diverses reprises soit à Ivry-la-Bataille, dans une dépendance de l'habitation du docteur Lecerf, soit à Ezy ou à Pacy-sur-Eure, dans les locaux loués dans ce but par le docteur Lecerf, il a procédé à des extractions sur plusieurs personnes ;

Que ces agissements de Blancheton, si longue que soit sa pratique dans la préparation des appareils de prothèse dentaire, constituent de sa part l'exercice illégal de l'art dentaire, prévu et réprimé par la loi ;

Attendu en ce qui concerne le docteur Lecerf, impliqué dans la poursuite pour complicité aux termes de l'article soixante du Code pénal, qu'au moins à l'audience il n'a pas cherché à éluder les responsabilités pouvant lui incomber puisque, au contraire, il a nettement déclaré savoir, quand il s'est abouché avec lui, que Blancheton n'était ni diplômé, ni patenté, dans les conditions de l'article trente-deux précité;

Qu'en mettant à la disposition de Blancheton des locaux pour y faire œuvre de chirurgien-dentiste, et généralement en lui procurant les moyens d'exercer l'art dentaire, il s'est fait son complice ;

Attendu, en conséquence, que la prévention est justifiée à l'égard de l'un et de l'autre des prévenus, non, sans doute, pour exercice illégal de la médecine, comme il est écrit dans l'ordonnance, mais pour exercice illégal de l'art dentaire.

Sur la demande civile :

Attendu que Michel, ès qualités, subit un préjudice dont il limite la réparation à un franc de dommages-intérêts auquel il ajoute des insertions dans la presse ;

Que, sous ce double rapport, sa demande doit être accueillie, limitant toutefois la publicité de la présente décision à une insertion, dont le coût ne devra pas excéder cent francs, dans le *Journal de Rouen*,

Par ces motifs,

Dit et juge Blancheton atteint et convaincu d'avoir, à Pacy-sur-Eure, Ivry-la-Bataille, Ezy, la Couture-Boussey, dans le courant de l'année mil neuf cent vingt, en tout cas depuis moins de trois ans, et dans l'arrondissement d'Evreux, exercé illégalement l'art dentaire en prenant part habituellement ou par une direction suivie à la pratique de l'art dentaire en n'étant pas dans les conditions stipulées par l'article trente-deux de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze, et hors les cas d'urgence avérée.

Dit et juge Lecerf atteint et convaincu de s'être, dans les mêmes conditions de temps et de lieu, rendu complice du délit d'exercice illégal de l'art dentaire relevé à la charge de Blancheton en lui fournissant les moyens de commettre ce délit, sachant qu'ils devaient y servir.

Et par application des articles seize, premier et dix-huitième, deux paragraphes de la loi du trente novembre mil huit cent quatre vingt-douze, sur l'exercice de la médecine, cinquante-neuf et soixante du Code pénal,

Les condamne chacun solidairement à cinquante francs d'amende.

Et statuant sur les conclusions de la partie civile,

Condamne Blancheton et le docteur Lecerf conjointement et solidairement à payer à Michel, ès qualités, une somme de un franc à titre de dommages-intérêts.

Ordonne, aux frais des condamnés, l'insertion du présent jugement, au moins par extrait dans le *Journal de Rouen*, en spécifiant que le coût de l'insertion ne devra pas excéder cent francs ;

Condamne la partie civile aux frais occasionnés par le ministère public, lesquels s'élèvent à vingt-cinq francs pour droit de poste, sauf son recours contre les prévenus qui en restent définitivement tenus ;

Condamne Blancheton et le docteur Lecerf aux frais occasionnés par la partie civile, en ce compris minute, expédition, signification du présent jugement, en prononce distraction au profit de Maître Guest, avoué, dont le ministère a été reconnu nécessaire ;

Fixe, quant à l'amende et au paiement des frais envers l'Etat, la durée de la contrainte par corps au minimum.

Le présent extrait certifié sincère et véritable par l'avoué soussigné.

(Signé) : André Guest.

(*Journal de Rouen du 15 mai 1921*)

BIBLIOGRAPHIE

A practical treatise on artificial crown —, bridge —, and porcelain-work.

(Traité pratique de couronnes, bridges et travaux de porcelaine.)

Par George Evans, D. D. S., F. A. A. D. S.

8e édition, revue et augmentée avec 1143 illustrations.
Philadelphie chez P. Blakiston, fils et Co, 1012 Walnut Street.

Nous venons de recevoir un traité comportant près de 600 pages, consacré à l'étude des travaux de couronnes, bridges et porcelaine.

Ce traité est la huitième édition mise au courant des progrès les plus récents de l'art dentaire. Il comprend sept parties.

La première étudie les matériaux et les procédés de technique au laboratoire spéciaux à ce genre de travaux.

La deuxième s'occupe de la préparation des dents en vue de leur utilisation comme support de couronnes ou de bridges, c'est-à-dire leur dévitalisation, la désinfection, l'obturation des canaux.

La troisième comporte l'étude des différents types de couronnes.

La quatrième traite du bridge fixe, de ses indications, de sa construction et des différentes modalités.

La cinquième partie est spécialement consacrée au bridge amovible.

La sixième est un exposé des travaux de porcelaine.

La septième partie est une étude des combinaisons utilisant en prothèse les ressources des travaux de couronnes, bridges et porcelaine.

L'ensemble est un travail considérable, d'une lecture dont la compréhension est facilitée par la présence de très nombreuses figures (plus de 1.000).

L'auteur a cherché, comme il le dit, à faire un exposé de méthodes théoriques et pratiques longuement expérimentées. Loin d'être exclusif, il s'attache à décrire les différents procédés qui ont résisté à l'expérience.

Certains chapitres auraient gagné à être un peu plus développés, en particulier celui ayant trait au traitement préparatoire des dents et celui où l'auteur traite des combinaisons des travaux à pont avec la porcelaine et la prothèse dentaire.

A l'heure où des discussions qui ont franchi les milieux dentaires s'élèvent de toutes parts sur le traitement rationnel des

canaux, il serait bon qu'un traité de cette importance résumât dans un exposé complet les différentes opinions à cet égard.

De même la dernière partie : Combinaison du bridge et de la porcelaine avec la prothèse est un champ d'une étendue immense, traité, à notre avis, un peu rapidement par l'auteur. Ce dernier, du reste, dans sa préface, nous déclare lui même qu'il a dû se limiter pour ne pas grossir démesurément son ouvrage. C'est une heureuse constatation de voir qu'en 1920 un auteur arrive difficilement en 600 pages à traiter une question qu'il y a cinquante ans on aurait exposée en un court chapitre. C'est la plus belle démonstration des progrès constants de notre art.

Nous ne pouvons qu'exprimer le vœu que ce livre soit entre les mains des étudiants, qu'il guidera dans leurs débuts, et dans celles aussi des praticiens auxquels il apportera les conseils d'une expérience longuement acquise.

Dr Solas.

Livres reçus

Nous avons reçu de M. Antonio J. Guardo, professeur de prothèse dentaire à l'Ecole d'odontologie de la Faculté des sciences médicales de l'Université de Buenos-Ayres, une brochure intitulée « *Prothèse restauratrice fonctionnelle de la langue* ». C'est la thèse qu'il a présentée et soutenue pour obtenir le grade de docteur en odontologie.

La brochure, de 43 pages, est divisée en 3 chapitres, avec des observations et des conclusions, et illustrée de 14 gravures.



Nous avons reçu de notre confrère M. le Dr Eudore Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Montréal, deux rapports présentés au Conseil supérieur d'hygiène de la Province de Québec. L'un de ces rapports émane du *Comité de la sauvegarde de l'enfance*, l'autre du *Comité de la lutte antituberculeuse*, Comités dont fait partie notre actif confrère.

Nous le remercions de cet envoi.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Eugène Puteaux, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de sa mère, survenue le 27 mai 1921, à l'âge de 59 ans à Versailles.

Nous adressons à notre confrère nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Au Ministère de l'Instruction publique. — Une Commission vient d'être constituée au Ministère de l'Instruction publique (Direction de l'Enseignement supérieur), de concert avec le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, pour examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire.

MM. Godon, Blatter et P. Martinier ont été nommés membres de cette Commission.

Congrès des Sociétés savantes. — Le prochain Congrès des Sociétés savantes, organisé par l'Etat, comme on sait, se tiendra à Marseille du 18 au 22 mars 1922.

La Société d'odontologie de Paris y a adhéré et y participera.

Inspection dentaire dans les écoles. — Le dispensaire municipal de Chaumont (Haute-Marne) a commencé à fonctionner au « Foyer du Soldat », le 12 mai, de 8 heures et demie à 11 heures et demie du matin, pour continuer tous les jeudis aux mêmes heures. Il donne des soins dentaires aux enfants des écoles, qui doivent réclamer une carte à leur directeur ou directrice et la faire viser ensuite par leurs parents avant de se présenter à la consultation. (*Le Petit Champenois*, 8 mai 1921.)

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 7 juin 1921, à 8 heures et demie du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. G. Aspa — *a)* Prise d'empreinte pendant l'occlusion et montage des dentiers complets.

b) Dent artificielle et son attache indépendante.

2° M. Eilertsen. — Contribution à l'étude de l'ivoire plastique.

3° MM. V. E. Miégeville et X. Romand. — Présentation d'un registre de comptabilité dentaire.

4° Suite de la discussion générale sur la question des infections périapicales et leurs rapports avec l'état général des patients.

5° Incidents de la pratique journalière.

Association générale des étudiants de Nancy. — La section corporative dentaire de Nancy est de nouveau reconstituée comme avant la guerre.

Naissances. — M. et Mme Georges Gravière, de Bourges, nous ont fait part de la naissance de leur fils André.

M. et Mme Marcel Pincemaille, de St-Amand, nous ont fait part de la naissance de leur fils Robert.

M. et Mme Victor Cagnoli, de Nice, nous ont annoncé la naissance de leur fils François.

M. et Mme Maurice Jacobson nous annoncent la naissance de leur fille Gilberte.

Nous leur adressons nos félicitations.

Mariages. — Nous apprenons le mariage de Mlle Thérèse Blumenfeld, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris et chirurgien-dentiste, fille de notre confrère M. Léon Blumenfeld, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Joseph Arditti, qui a eu lieu le 7 juin.

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. le Dr Bertrand de Nevrézé, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Marthe Feuillié.

Le mariage de M. Gaston Chomont, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Amélie Lécuyer, ancienne élève de cette école, a été célébré le 6 juin.

Le mariage de M. Victor Séron, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Geneviève Danton, a eu lieu également le 6 juin.

Le mariage de nos confrères M. Marcel Gachet de Ste-Suzanne, avec Mlle Germaine Fèvre, tous deux anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris, a eu lieu le 9 juin.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Cliniques dentaires scolaires. — Des cliniques dentaires scolaires ont été créées à Leubnitz et à Torgau ; d'autres sont en projet à Bamberg et à Munich ; celle de Cassel a été agrandie.

Nouveau journal. — Nous avons reçu les premiers numéros du *Velours grenat*, journal mensuel des médecins de l'armée nationale, des pharmaciens, officiers d'administration et *dentistes militaires.*

Congrès d'hygiène de Genève. — Le congrès international d'hygiène qui devait se tenir en mai à Genève a été ajourné en raison de la faible valeur de la monnaie de nombreux pays par rapport au franc suisse, ce qui empêchera beaucoup de nations d'envoyer des délégués.

Examens de chirurgien-dentiste. — Les inscriptions pour l'examen de validation de stage à la Faculté de Paris ont été reçues les 30 et 31 mai ; la session a commencé le 13.

Les inscriptions pour les 1er, 2e et 3e examens de scolarité ont été reçues les 13 et 14 juin ; la session a commencé le 27 juin.

Au Parlement britannique. — Le projet de loi sur l'exercice de l'art dentaire en Grande-Bretagne est venu en 2e et 3e lectures devant le Parlement britannique. Diverses modifications ont été apportées au texte primitif.

Il a été transmis ensuite à la Chambre des Lords.

Inspection dentaire scolaire au Japon. — L'inspection dentaire des enfants des écoles primaires existe au Japon. Nous trouvons dans le *Shikwa Gakuho* de mai 1921 une revue statistique de

cette inspection dans le Nord de l'Empire qui n'occupe pas moins de 89 pages ; elle est signée du Dr Naotake Egawa.

Exposition de la Maternité et de l'Enfance. — Une Exposition nationale de la Maternité et de l'Enfance, organisée au profit des œuvres départementales de natalité, a lieu en juin et juillet 1921 au jardin zoologique d'acclimatation.

L'Ecole dentaire de Paris y prend part dans la 2e section, 3e subdivision, groupe II : Dispensaires et hôpitaux d'enfants.

Une conférence y sera faite le mardi 12 juillet, à 10 du matin, par M. Roy sur l'hygiène dentaire infantile, dans la salle des conférences du Jardin d'acclimatation (Bois de Boulogne).

Congrès dentaire de Bordeaux. — Le Syndicat dentaire et l'Association odontologique de Bordeaux organisent dans cette ville un congrès dentaire, qui aura lieu du 3 au 7 août.

Distinction honorifique. — Notre confrère, M. Robert Fontenelle, de Bayeux, a été nommé, par arrêté du 5 mai, chevalier de l'ordre de Léopold II pour services rendus dans les hôpitaux et formations belges pendant la guerre.

Nous lui adressons nos félicitations.

A l'Association odontotechnique. — Nous avons le plaisir de saluer la réapparition de la *Revue odontologique*, dont la publication avait été interrompue par la guerre.

Les 3 premiers numéros de 1921 ont paru en un seul fascicule ; à partir d'avril les numéros sont séparés.

Nous saluons de même la reprise des séances de la Société odontologique de France, suspendues par la même cause. La première réunion s'est tenue le 25 janvier 1921.

Manifestation de sympathie. — Un banquet organisé par l'Ecole odontotechnique pour fêter ceux de ses membres nommés dans la Légion d'honneur, MM. les Drs Frison, Lebedinsky, Daunay, Fiessinger, Trèves et M. Jacques Fildermann, a eu lieu le 23 juin à l'Hôtel Lutetia.

MM. Godon et G. Villain ont été désignés pour y représenter l'Ecole dentaire de Paris.

M. Godon a prononcé une allocution en adressant des félicitations aux nouveaux légionnaires et en souhaitant bon succès au Groupement de l'Ecole odontotechnique.

Ecole dentaire de Paris. — Par décision du Conseil d'administration du 14 juin, MM. Ricou et Ratoré ont été nommés chefs de clinique honoraires.

Congrès annuel de l'Association dentaire britannique. — M. Blatter a été désigné par le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris pour représenter cette Société, ainsi que la Société d'odontologie à ce congrès, que nous rendrons compte dans un prochain numéro de cette réunion, qui s'est tenue, ainsi que nous l'avons annoncé, les 22, 23 et 24 juin.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

QUARANTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ÉCOLE ET DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

(12-14 novembre 1920)

Pour compléter le compte rendu sommaire de cette fête, qui a paru dans notre numéro de novembre, nous commençons aujourd'hui la publication des réunions qui ont constitué cette solennité.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale extraordinaire du 12 novembre 1920

Présidence de M. Blatter, vice-président

(Résumé sommaire)

La séance est ouverte à 9 h. du soir.
85 membres sont présents.

Ordre du jour

Hygiène dentaire scolaire. } Discussion et vœux à émettre.
Doctorat en chirurgie dentaire. }

M. Blatter salue les confrères des pays alliés, des pays neutres et des départements qui ont répondu à l'appel du Groupement ; il est particulièrement heureux de la présence des confrères d'Alsace et de Lorraine.

Il donne la parole aux deux rapporteurs dont les rapports se terminent par des vœux qui seront mis aux voix et présentés le lendemain aux Pouvoirs publics à la séance solennelle.

I. — L'hygiène dentaire publique

M. Roy donne lecture de son rapport, qui est mis en discussion.

M. Ferrand craint que les vœux formulés ne puissent être exaucés dans les campagnes, car les distances à parcourir sont souvent considérables.

Mlle Villain et *M. Robinet* signalent que les enfants se présentent difficilement à l'inspection dentaire.

Pour *M. Brodhurst* la question de l'inspection est résolue.

M. Caron (Nantes) abonde dans le sens de M. Robinet.

M. Haloua constate qu'on obtient parfaitement que les écoliers se brossent les dents.

M. Huet (Bruxelles) trouve excellente une suggestion de M. Roy : l'organisation des soins dentaires par les municipalités.

M. G. Villain expose ce qui se fait en matière d'hygiène dentaire scolaire en Angleterre, aux Etats-Unis, en Allemagne.

M. Spira (Colmar) rend compte de l'organisation des services dentaires en Alsace.

M. Watry (Anvers) signale ce qui se passe en Belgique à cet égard.

M. Roy répond aux observations présentées qu'il ne considère pas comme modifiant les vœux proposés.

Le 1er vœu est adopté à l'unanimité après adjonction des mots *avec le concours des municipalités.*

Le 2e vœu est adopté.

Le 3e vœu l'est également après remplacement des mots *automobiles dentaires* par les mots *des moyens appropriés.*

Le 4e vœu est adopté, ainsi que l'ensemble.

II. — Le doctorat en chirurgie dentaire

M. G. Villain donne lecture de son rapport, qui est mis en discussion.

M. Caron ne peut admettre aucune des conclusions du rapport.

MM. Touvet-Fanton et *Baumgarden* posent diverses questions auxquelles répond *M. G. Villain.*

M. Roy voit inconvénient à demander deux doctorats.

M. Rosenthal (Bruxelles) craint qu'en augmentant les exigences à la base on n'entrave le recrutement des dentistes.

M. Lévy (Strasbourg) constate que l'expérience a prouvé le contraire en Allemagne.

M. Touvet-Fanton croit nécessaire de demander le baccalauréat.

M. G. Villain demande seulement le doctorat en chirurgie dentaire, mais est obligé de laisser entrevoir le doctorat d'université ; il ne faut demander le baccalauréat que si l'on élève le titre.

Le 1er vœu est mis aux voix et adopté, ainsi que le 2e et que l'ensemble.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

L'HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE

Rapport par M. le Docteur Maurice Roy.

Présenté à l'Assemblée générale du 12 novembre 1920.

Chargé par le Conseil du Groupement de vous présenter un rapport succinct sur l'Hygiène dentaire scolaire, je ne puis en quelques pages que vous faire un exposé très sommaire de cette question complexe et je m'excuse de me borner à effleurer sans les discuter tant de points intéressants qui appelleraient de longs développements, mais je me réserve de le faire s'il y a lieu au cours de la discussion de ce rapport.

Tout le monde est d'accord sur l'importance de l'hygiène dentaire et dans une Assemblée composée de dentistes et de hautes personnalités s'intéressant au développement de l'art dentaire et aux grands services qu'il rend à l'humanité il serait oiseux de s'étendre longuement sur ce sujet. Cependant il faut bien dire que trop souvent on n'envisage cette hygiène que par son côté local, c'est-à-dire la prophylaxie des souffrances qu'entraînent les maux de dents et les troubles masticatoires qu'entraîne la perte de ces organes.

Sans nier l'importance de ces buts qui sont déjà considérables, il convient d'insister d'une façon toute particulière sur le rôle si important de l'hygiène buccale dans l'hygiène générale de l'individu. Ce point ne saurait être trop fortement mis en relief auprès des autorités administratives, municipales et législatives qui peuvent intervenir pour favoriser le développement de cette hygiène qui n'est pas seulement locale et bornée à la conservation de la santé de petits organes accessoires de la mastication, mais qui, en réalité, joue un rôle de premier ordre dans la prophylaxie d'un grand nombre de maladies générales dont l'organisme puise les germes dans la bouche. Aussi, quand on pense à ces répercussions générales, est-il profondément triste de voir l'état de malpropreté de la bouche des gens du peuple qui fréquentent les consultations hospitalières et de voir les ravages que l'absence de soins appropriés provoque dans la denture des enfants des écoles où l'on sait que la carie des dents sévit avec une fréquence que les statistiques établies dans les divers pays évaluent de 90 à 95 o/o.

Il importe donc au plus haut point de remédier à un état de chose si préjudiciable à la santé générale des individus et il est nécessaire pour cela que les collectivités et les Pouvoirs publics prennent des mesures nécessaires pour assurer le développement de l'hygiène dentaire.

Parmi toutes les catégories d'individus dont il est nécessaire de faire l'éducation et auxquels il est indispensable de donner des soins appropriés il n'en est pas de plus intéressantes que les enfants, puisque chez eux le mal est à son origine et n'a pas encore pris le développement qu'il prendra fatalement par la suite, car la carie dentaire ne régresse jamais si aucun remède n'y est apporté ; d'autre part, l'enfance est l'âge où se prennent les habitudes de propreté et d'hygiène corporelle qui restent toute la vie ; il convient donc de faire porter l'effort principalement sur le développement de l'hygiène dentaire scolaire.

Or si, dans certains pays étrangers, l'Allemagne en particulier, de grands efforts ont été faits en vue d'améliorer l'hygiène infantile par la création de très nombreuses cliniques dentaires scolaires, si d'autres pays comme l'Angleterre, les Etats-Unis, la Suisse, etc. ont fait quelque effort dans le même but, en France rien n'a été fait, sauf la création en 1908 d'une inspection dentaire dans les écoles normales d'instituteurs et, en 1909, d'une semblable inspection dans les internats des Lycées et Collèges de l'enseignement secondaire. Mais absolument rien n'a été fait pour la catégorie justement la plus importante et la plus intéressante, les enfants des écoles primaires ; ce n'est que très récemment que MM. les sénateurs Strauss, Chéron et Doumergue, que nous félicitons vraiment de cette initiative, ont déposé une proposition de loi en vue de la création de l'inspection et du traitement dentaires dans les écoles primaires.

Notre pays se doit de rattraper le retard considérable qu'il présente sur ce point et les dentistes doivent se faire un devoir d'éclairer l'opinion et les Pouvoirs publics sur ces questions d'importance primordiale, c'est le but que nous nous proposons aujourd'hui en soumettant à votre approbation quelques vœux qui nous semblent de nature à stimuler les Pouvoirs publics tout en les guidant dans le choix des moyens propres à la mise en route de l'hygiène dentaire scolaire.

Comment celle-ci doit-elle être réalisée ?

Sans doute l'inspection dentaire doit être à la base, mais cette inspection resterait lettre morte si elle ne comportait pas *obligatoirement* l'organisation du traitement, son complément indispensable, et il faut mettre l'individu dans l'impossibilité morale, sinon matérielle, de se dérober à ce traitement nécessaire à sa santé en lui en fournissant les moyens les plus faciles adaptés à ses conditions particulières d'existence. Et ceci s'impose plus impérieusement que pour tous autres individus quand il s'agit d'enfants.

L'inspection dentaire existait dans l'armée depuis 1907 et n'avait pas fait réaliser de progrès sensibles dans l'hygiène dentaire. Les centres dentaires militaires créés pendant la guerre en ont fait au contraire faire un très grand en mettant les hommes qui y étaient traités à même de se rendre compte de l'amélioration de la santé générale qui résultait pour eux d'un traitement dentaire. J'ai pu dans un autre milieu, les écoles normales d'instituteurs, me convaincre de l'exactitude de ce point important.

Instituer l'inspection dentaire dans les écoles primaires sans créer en même temps le traitement serait faire œuvre absolument inopérante et mieux vaudrait instituer des centres de traitement sans inspection obligatoire, qui permettraient de rendre quelques services et prêcheraient au moins l'exemple auprès des enfants et des familles.

Pour le traitement, il est indispensable de créer des organisations spéciales adaptées aux besoins de cette catégorie de patients, ainsi que des dentistes fonctionnaires consacrant tout leur temps à ces fondations à l'exclusion de toute clientèle privée et appointés à cet effet.

Le traitement doit être organisé obligatoirement par les municipalités au moyen de fonds spéciaux votés par elles et il nous semble que

l'importance de la tâche à accomplir justifie amplement un sacrifice supplémentaire imposé aux contribuables. A ces fonds spéciaux pourraient s'adjoindre des fonds provenant de la Caisse des écoles ou du Service d'assistance médicale.

Les organisations chargées de ce traitement seront forcément variables suivant l'importance des villes et des ressources dont elles pourront disposer.

Dans toutes les villes dont l'importance le permet il doit être assuré au moyen de cliniques dont le type peut être fourni par la clinique dentaire scolaire de Strasbourg, la première institution de ce genre qui ait été créée et l'une des plus parfaites, et avec un personnel spécialement et uniquement attaché à cette clinique.

Dans les villes de moindre importance, il doit être organisé avec le concours de chirurgiens-dentistes de la ville rétribués par la municipalité, et dans les villages et les campagnes au moyen d'un personnel ambulant pourvu d'automobiles dentaires analogues à celles qui ont fonctionné durant la guerre.

La gratuité des soins aux enfants des écoles primaires me paraît le corollaire indispensable d'une organisation rationnelle telle que nous venons de l'exposer. Disons tout de suite, sans entrer dans les discussions que pourrait faire naître cette question, que c'est le système adopté à Strasbourg dont le service, encore une fois, est un modèle du genre absolument parfait et que cette gratuité ne soulève aucune critique des dentistes de la ville.

Tels sont, très succinctement résumés, les quelques points qu'il m'a paru nécessaire de mettre plus particulièrement en lumière dans ce très court rapport et que je résume sous forme de vœux que je soumets à votre approbation :

1° En raison de l'importance de l'hygiène dentaire dans la santé générale, il est du plus grand intérêt pour la santé publique que l'Etat prenne les mesures nécessaires pour assurer les soins dentaires aux enfants des écoles, avec le concours des municipalités ;

2° Le traitement des dents des enfants des écoles devrait être organisé *obligatoirement* par les municipalités, soit par des crédits spéciaux, soit, à défaut de ceux-ci, au moyen des ressources des Caisses des Ecoles ou en imposant ce devoir au Service d'assistance médicale dans les conditions prévues par les articles 4 et 5 de la loi du 15 juillet 1893 ;

3° Ces soins devraient être assurés dans toutes les villes suffisamment importantes au moyen de cliniques dentaires scolaires analogues à celles de Strasbourg, dans les villes de moindre importance avec le concours des dentistes privés rétribués par les municipalités, dans les campagnes au moyen d'un personnel ambulant pourvu d'automobiles dentaires ;

4° En vue de hâter la réalisation des vœux précédents, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris approuve les propositions de loi de MM. Strauss, Chéron et Doumergue présentées au Sénat dans les séances des 13 juin 1919 et 6 juillet 1920.

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Rapport par M. G. Villain.
Présenté à l'Assemblée générale du 12 novembre 1920.

Voici vingt ans passés que la question du doctorat dentaire est à l'ordre du jour des réunions de notre Groupement.

Je l'aborde le jour où nous fêtons le quarantenaire de l'organisation professionnelle en France avec le ferme espoir que, grâce à notre détermination bien résolue, nous ferons aboutir très prochainement cette revendication que notre passé et notre évolution professionnels justifient amplement.

Conféré par les universités étrangères depuis plus d'un demi-siècle, le titre de docteur fut réclamé pour les chirurgiens-dentistes français au 3e Congrès dentaire international tenu à Paris en 1900 (proposition de MM. Loup et Barrié).

Depuis cette date nous n'avons cessé de poursuivre la réalisation de cette revendication magistralement exposée dans sa thèse de doctorat en médecine par le Dr Ch. Godon en 1901.

En 1902 les délégués de l'Ecole dentaire de Paris saisissent les pouvoirs publics de cette question dans une entrevue avec M. le Recteur d'Académie de Paris.

En 1903 le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris adopte un rapport concluant à la création du doctorat dentaire, rapport qui fut présenté dès janvier 1904 au Recteur.

La même année, l'Association générale des dentistes de France, le Conseil général du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, l'Ecole dentaire de Lyon, la Fédération dentaire nationale adoptent les conclusions du rapport Ch. Godon[1] demandant « qu'il soit créé un doctorat » scientifique d'Université pour l'art dentaire, dit doctorat en odonto- » logie, analogue au doctorat en pharmacie, accessible seulement à » ceux qui possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste ».

Le 9 avril 1904 cette revendication prenait définitivement corps sous la forme d'un article inséré dans la déclaration de principe des odontologistes, et la Fédération dentaire nationale chargeait son bureau d'en poursuivre la réalisation.

Les assemblées plénières tenues par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des Dentistes de France le 9 novembre 1907 et 28 mars 1908 et la Fédération dentaire nationale le 11 avril 1908 ont adopté, sur le rapport de la commission spéciale de réforme des études dentaires et de l'orientation professionnelle (rapport de MM. Roy et G. Villain), un certain nombre de vœux qui ont été adressés à cette époque aux pouvoirs publics (Ministère de l'Instruction publique, Université de Paris, Faculté de médecine, etc.).

La plupart de ces vœux ont obtenu satisfaction par la promulgation du décret du 11 janvier 1909 et par l'entente qui en est résultée entre

---

1. Voir *Odontologie,* 15 avril 1904.

les Facultés de médecine et les Ecoles dentaires. Les deux vœux relatifs au Doctorat dentaire n'ont pas été réalisés ; ils avaient pour but :

1° La création d'un doctorat en chirurgie dentaire (doctorat d'Etat remplaçant le grade actuel de chirurgien-dentiste).

2° Comme conséquence du 1er vœu que les études préliminaires exigées des futurs dentistes avant le commencement de leurs études professionnelles soient les mêmes que celles dont doivent justifier les étudiants des autres Facultés.

La déclaration de principes des odontologistes incorpore ces vœux ; on y lit donc depuis cette époque :

« Les odontologistes émettent le vœu.
» *A*) Qu'il soit créé un doctorat scientifique d'Université pour l'art dentaire,
» dit doctorat en Odontologie, analogue au doctorat en Pharmacie, accessible
» seulement à ceux qui possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste.
» *B*) Que le diplôme de chirurgien-dentiste soit remplacé par un diplôme de
» docteur en chirurgie dentaire.
» C) Que des dispositions transitoires soient établies pour permettre aux
» chirurgiens-dentistes actuels d'obtenir les nouveaux diplômes, dispositions ana-
» logues à celles qui ont été accordées aux officiers de santé pour l'obtention
» du diplôme de Docteur en médecine. »

Cette revendication fut donc sans cesse poursuivie auprès des Pouvoirs publics depuis 1902 jusqu'en 1914.

Aussitôt après la fin des hostilités, alors qu'un besoin pressant de réformes se manifestait dans toutes les branches de l'activité humaine et tout particulièrement dans l'enseignement supérieur ; tandis que des discussions à la Chambre des députés (8 avril 1919) et au Sénat (11 et 12 avril 1919) résultait la nomination par le ministre de l'Instruction publique d'une commission extra-parlementaire chargée d'étudier les projets relatifs au développement de l'enseignement supérieur (7 juin 1919), nous reprenions la poursuite de cette revendication.

Le Conseil d'administration du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, conformément à la décision prise dans sa séance du 14 janvier 1919 et à une décision analogue de la Fédération dentaire nationale en date du 21 janvier 1919, conjointement avec l'Association générale syndicale des dentistes de France, l'Ecole odontotechnique et l'Ecole dentaire de Lyon, adressa un rapport aux Pouvoirs publics (Parlement, ministre de l'Instruction publique, Université de Paris, Faculté de médecine) pour demander la réalisation des vœux précités, incorporés dans notre déclaration de principe.

En décembre 1919 l'assemblée générale de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris décida de nommer une commission consultative pour l'étude des réformes ; la 1re commission (section Pouvoirs publics) conclut dans son rapport transmis au conseil de l'E. D. P. en mars 1920 à la poursuite des revendications relatives au Doctorat d'Université en Odontologie et au Doctorat en chirurgie dentaire.

Enfin en juin 1920 les délégués du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, de la Fédération dentaire nationale et du Groupement fédéral des Syndicats de chirurgiens-dentistes de France firent une démarche collective auprès du Recteur de l'Académie de Paris pour

exposer cette revendication, en développer les motifs et pour étudier les moyens de réalisation.

Les arguments invoqués en faveur du Doctorat dentaire et le justifiant ont été fréquemment exposés, notamment par Ch. Godon dans son rapport de 1904, déjà cité.

Ce sont :

A) En première ligne l'autonomie de l'art dentaire qui est justifiée parce que cet art, qui emprunte aux sciences multiples : médecine, physique, mécanique, métallurgie, chimie, ne peut être incorporé dans aucune d'elles ; parce que, au point de vue de son exercice, un titre spécial a été créé (chirurgien-dentiste en France, licencié ou maître en chirurgie dentaire en Angleterre, doctorat en chirurgie dentaire en Amérique), parce que la profession dentaire possède son organisation spéciale, avec ses syndicats et son enseignement professionnel dans des écoles spéciales dites d'art dentaire, parce que enfin au point de vue juridique il existe un délit spécial : celui d'exercice illégal de l'art dentaire.

B) Le doctorat établit la différence et l'analogie entre les diverses branches de l'art de guérir, comme il l'établit entre les différentes sciences. Là on l'appelle indistinctement doctorat ès sciences, ici on le distingue par une appellation particulière correspondant au plus haut grade accessible dans chaque branche : doctorat en médecine, doctorat en pharmacie, doctorat en chirurgie dans certains pays, doctorat en odontologie ou en chirurgie dentaire qui existe dans nombre d'universités étrangères (Etats-Unis, Allemagne, Suisse, Canada).

C) La création du Doctorat dentaire est conforme à l'évolution scientifique professionnelle manifestée si activement depuis quarante ans, par le développement de nos sociétés scientifiques, de nos écoles, de nos journaux qui ont créé une élite de praticiens, de professeurs, quelquefois de savants dignes d'un titre supérieur à celui de chirurgien-dentiste.

D) Il est équitable de créer le doctorat dentaire parce que, pour exercer son art, le dentiste français doit accomplir un minimum de cinq années d'études spéciales et passer des examens scientifiques et techniques d'un degré sensiblement supérieur à ceux exigés dans les autres pays.

E) Parce que le titre de chirurgien-dentiste est un grade inférieur à celui conféré aux professionnels étrangers par leurs universités et qu'en conséquence il place le praticien français dans un état d'infériorité apparente vis-à-vis de ces collègues ou confrères, alors qu'on exige de lui des études notoirement plus longues et plus complètes.

Je viens de résumer l'historique et les arguments ou motifs invoqués en faveur du doctorat dentaire ; nous pourrions dès maintenant vous proposer à nouveau l'adoption des vœux précités et la poursuite de leur réalisation. Je crois que cette question mérite une étude complémentaire.

Deux facteurs nouveaux apparaissent :

1° Les services rendus au pays par la profession durant la guerre nous confèrent une autorité morale que nous n'avons pas le droit de méconnaître ;

2° Les dispositions prises par des pays limitrophes qui nous placeraient dans un état d'infériorité en détruisant à brève échéance l'autorité morale et intellectuelle que la guerre nous a donnée dans les milieux professionnels étrangers.

En effet, les services rendus par les odontologistes durant la guerre, la création de tous les services dentaires militaires par l'initiative professionnelle des odontologistes seuls, ont été appréciés par l'armée qui les toléra d'abord, les emprunta ensuite, puis les incorpora en les rendant officiels. Le Parlement sut à son tour reconnaître ces services et il n'hésita pas à conférer le grade d'officier aux chirurgiens-dentistes. Notre valeur professionnelle, notre utilité toute particulière n'ont pas disparu avec les hostilités, notre situation sociale civile ne peut être inférieure à celle que l'armée nous a créée, l'opinion publique ne comprendrait pas ; nous avons pu l'éclairer pendant la guerre, elle nous appuiera dans nos revendications universitaires comme elle nous a soutenus dans nos revendications militaires.

D'autre part, deux pays limitrophes, la Suisse et l'Allemagne, viennent de créer le doctorat en chirurgie dentaire.

Il faut peu de clairvoyance pour voir immédiatement ce que cette création signifie. En dehors de toute préoccupation d'équité professionnelle que nous avons mentionnée précédemment, l'Etat pouvant ne pas admettre la comparaison des titres qu'il accorde et des études qu'il exige avec ceux des pays étrangers, il y a lieu de se préoccuper de la répercussion de ces initiatives étrangères sur le recrutement des étudiants étrangers.

La culture française a toujours attiré les étudiants du monde entier, le prestige de notre victoire nous faisait légitimement espérer un rayonnement plus vaste encore de notre prestige moral et intellectuel. Nos écoles dentaires comme tous nos centres d'études ont proportionnellement reçu depuis la fin de la guerre un nombre plus considérable et surtout plus varié d'étrangers qui, retournés chez eux, y propagent nos idées, nos méthodes et forment autant de maillons à la chaîne d'influence française.

Maintenant ils vont rentrer chez eux, ces étudiants dentistes étrangers, avec le grade de chirurgien-dentiste tandis que leur voisin aura été chercher en Allemagne un grade de Docteur. Si demain nous ne pouvons leur offrir un titre égal, c'en est fini dans notre domaine professionnel de la propagande intellectuelle française, et si demain nous accordons ce titre aux étrangers venus chez nous, peut-on le refuser aux Français ?

Vous voyez que l'intérêt national se lie ici encore à notre revendication ; mais, d'ailleurs, quel argument nous a-t-on opposé jusqu'ici et d'où vient l'hostilité rencontrée ?

Cette hostilité vient d'une fraction restreinte du corps médical qui n'invoque aucun argument et donne comme unique motif qu'il y a assez de doctorats et qu'on n'en doit pas créer de nouveaux ?

Pourquoi ?

Parce que, expliquent les médecins hostiles au doctorat dentaire, le titre de Docteur créerait une confusion dans l'esprit du public qui ne

saurait faire la différence entre le docteur médecin et le docteur dentiste.

Le bel argument !! il couvre à la fois l'ambition du privilège et la crainte mercantile de la concurrence.

Sur quel texte de loi s'appuyerait-on pour s'opposer à ce que le titre de docteur soit utilisé par tous ceux qui le possèdent, que ce soient des docteurs ès sciences, des docteurs ès lettres, des docteurs en droit ou des docteurs en médecine ?

Le titre de docteur n'est pas un privilège, la Révolution les a abolis ; c'est une qualité qui signifie que celui qui la possède est passé maître en une chose et que cette maîtrise lui ayant été officiellement reconnue, un diplôme lui confère le grade en telle ou telle matière.

Si le médecin ne veut pas que ce mot docteur prête à la confusion dans l'esprit public, il ne tient qu'à lui d'en indiquer l'origine.

M. X, docteur en médecine, ne sera pas confondu avec un avocat, un pharmacien ou un dentiste ; tout le monde saura que c'est d'un médecin qu'il s'agit.

M. le docteur X, cela ne signifie rien et celui qui emploie un tel libellé est seul responsable de la confusion qu'il crée.

Quel argument sérieux opposerait le docteur en médecine pratiquant l'art dentaire à ce que le praticien légal et spécial portât le titre de docteur en chirurgie dentaire ?

Serait-ce la crainte de la concurrence du titre ? Je ne puis y croire car : ou bien le médecin pratiquant l'art dentaire connaît son métier et envisage comme un bienfait la concurrence loyale du savoir, parce que seule elle sauvegarde l'intérêt général, ou bien il n'a pas appris ou ne connaît pas son métier de dentiste et dans ce cas son titre ne sert qu'à masquer son ignorance ; alors il est juste, il est nécessaire, dans l'intérêt du public, que cet abus, s'il existe, cesse à jamais.

Nos arguments exposés et les arguments adverses réfutés, il nous reste à examiner les diverses modalités de réalisation du doctorat dentaire.

Deux solutions ont été envisagées :

Le doctorat d'université dit doctorat en Odontologie, titre scientifique ;

Le doctorat en chirurgie dentaire, titre couronnant les études dentaires et conférant, en même temps que le grade, le droit d'exercice.

Le doctorat en Odontologie (d'Université) a été le premier préconisé, il a même été en partie réalisé en 1912 grâce aux démarches de M. Godon et à l'accueil bienveillant rencontré par ce dernier auprès du Recteur actuel, M. Appell, alors doyen de la Faculté des sciences. A cette époque il avait été admis en principe que le titre de chirurgien-dentiste suffisait comme condition d'admission à la préparation des licences en vue du doctorat ès sciences d'université.

Il serait préférable, si l'on poursuit la réalisation de ce doctorat, de demander, en se basant sur ce qui existe pour la pharmacie, la création d'un doctorat d'université avec mention spéciale.

Le doctorat universitaire, mention Odontologie.

Ce doctorat pourrait être obtenu aux conditions suivantes qui sont celles exigées pour le doctorat universitaire, mention Pharmacie.

A. Posséder le titre de chirurgien-dentiste.

B. Accomplir une période d'études minima de 4 trimestres.

C. Présenter et soutenir une thèse.

Ce doctorat nous conduirait plus rapidement à l'obtention d'un grade universitaire supérieur, mais il créerait deux catégories de praticiens, car il ne confèrerait le titre qu'à ceux qui, leurs études dentaires terminées, pourraient encore consacrer leur temps à des recherches ou des travaux scientifiques se rattachant à notre art ou susceptibles d'y trouver des applications directes.

Très intéressant pour former une élite scientifique professionnelle au sein de laquelle nous pourrions trouver le personnel enseignant de nos écoles, ce doctorat universitaire ne s'adresse qu'à ceux qui se vouent particulièrement aux recherches scientifiques ou à l'enseignement.

Tout autre doit être le doctorat en chirurgie-dentaire, qui n'est que le remplacement du titre de chirurgien-dentiste par celui de docteur en chirurgie dentaire. Ce doctorat s'applique à tous les praticiens, il est l'aboutissant logique de l'évolution professionnelle *dont il respecte, maintient et souligne l'autonomie ;* c'est donc lui que très nettement et immédiatement nous devons poursuivre.

Le doctorat en chirurgie dentaire remplaçant le titre actuel de chirurgien-dentiste pourrait être conféré :

A. Par l'Etat, à la suite d'examens passés devant la ou les Facultés compétentes (Facultés des sciences et Facultés de médecine), dans des conditions analogues à celles qui existent pour la délivrance du diplôme d'Etat actuel.

B. Par analogie avec ce qui vient d'être créé en pharmacie, par une Faculté spéciale dite Faculté dentaire.

Pour faire aboutir cette revendication il faut la revision de la loi de 1892 ; c'est en apparence plus difficile à obtenir qu'une décision universitaire créant le doctorat d'université, mais n'avons-nous pas obtenu en quelques mois par une loi spéciale le grade d'officier.

Conditions particulières, dira-t-on, c'est exact, en ce sens que ce sont ces conditions qui nous ont permis de mettre en valeur notre rôle social ; mais c'est le rôle que nous avons rempli de notre propre initiative durant la guerre, et non l'état de guerre, qui nous a valu la reconnaissance de l'opinion publique qui nous imposa à son tour à l'attention des autorités et du Parlement.

Faisons pendant la paix ce que nous avons fait pendant la guerre, poursuivons l'œuvre réalisée depuis 40 ans, mais en l'amplifiant, créons et organisons professionnellement les services dentaires sociaux que nous réclamons depuis si longtemps, comme nous avons créé et organisé professionnellement dès le début de la guerre le service dentaire de l'armée, que nous réclamions aussi depuis longtemps et que 3 mois seulement avant la guerre, les *compétences* militaires et parlementaires déclaraient « *gêne et embarras* ».

Oui gêne et embarras pour les pouvoirs publics ou plutôt pour les bureaux qui représentent ces pouvoirs tant que vous réclamez d'eux une réalisation ; mais que par votre initiative soient créés et organisés les services dentaires scolaires, les cliniques dentaires municipales

et tous les services dentaires sociaux assurant les soins complets et surtout prophylactiques à tous, réalisant ainsi l'économie individuelle et générale par diminution des sacrifices individuels d'un côté, par diminution du chômage dû à la perte de temps réclamé par les soins tardifs, les heures non propices ou les longs déplacements d'autre part, et vous verrez bien vite tous les bureaux réfractaires non seulement approuver, mais utiliser, puis officialiser ces services que vous aurez créés.

Aide-toi, le ciel t'aidera ; vous voyez que la réalisation du doctorat en chirurgie dentaire est entre nos mains, qu'elle dépend de notre initiative et de l'ardeur que nous mettrons à développer notre rôle social.

C'est de notre bienfaisante action sur l'intérêt général que dépend notre place dans la société.

Conclusions.

Permettez-moi maintenant de soumettre à votre agrément ou à votre discussion les conclusions suivantes résumant le rapport dont je viens de vous donner lecture.

Considérant l'évolution de l'art dentaire due en France à l'initiative, à l'organisation et aux sacrifices des odontologistes qui créèrent l'enseignement dentaire, les services dentaires publics et notamment les services dentaires de guerre ;

Considérant les étapes officielles successives de cette évolution aboutissant de l'exercice libre en 1892 aux exigences universitaires actuelles : 5 années d'études et grade de chirurgien-dentiste ;

Considérant l'importance sociale reconnue aux dentistes et particulièrement manifestée pendant la guerre au cours de laquelle le Parlement vota une loi créant un cadre spécial de dentistes avec grade d'officier et attributs spéciaux ;

Considérant que l'art dentaire est autonome parce qu'il comporte des méthodes techniques particulières et parce qu'il emprunte à un nombre considérable de sciences diverses sans qu'aucune d'elles puisse l'englober spécialement ;

Considérant la nature, la durée et l'importance des études exigées pour la pratique légale de l'art dentaire en France, en comparaison avec les études similaires exigées des praticiens dans les pays étrangers où le grade de docteur est accordé en fin d'études ;

Il est nécessaire d'élever au doctorat le grade conféré aux étudiants ayant accompli le cycle complet d'études et satisfait aux examens exigés en vue de l'exercice légal de l'art dentaire en France ;

Considérant d'autre part l'intérêt national qu'il y a à profiter de l'influence morale dont la victoire auréole notre pays dans le monde entier ;

Considérant la place prépondérante prise par les méthodes dentaires et tout particulièrement les méthodes de prothèse dentaire françaises durant les hostilités ;

Il est indispensable, pour ne pas perdre le bénéfice de cette influence, de ne pas laisser les pays limitrophes (neutres ou ennemis de la veille) créer seuls un diplôme qui, par le titre qu'il confère : Doc-

teur en chirurgie dentaire, éloignerait de nos centres d'enseignement dentaire français les étudiants de l'Europe presque entière et tout particulièrement les étudiants originaires de Grèce, Roumanie, Yougo-Slavie, Tchéco-Slovaquie, Pologne, Arménie, Luxembourg, Portugal, etc. ; pays qui exigent un diplôme dentaire étranger pour accorder le droit de pratique légale, l'enseignement dentaire n'y étant pas organisé ;

Considérant enfin que les seuls arguments invoqués contre la création du Doctorat en chirurgie dentaire sont dictées par des considérations d'intérêts privés et ne visent que la conservation d'un privilège qui assure aux intéressés les avantages de la concurrence par le titre, alors que seule celle du savoir sauvegarde l'intérêt public ;

Les odontologistes réunis pour célébrer le quarantenaire de l'organisation professionnelle et de la création de l'Ecole dentaire de Paris le 13 novembre 1920 décident de poursuivre activement la réalisation du Doctorat en chirurgie dentaire ;

A cet effet et comme première action, ils chargent le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des dentistes de France de se mettre d'accord avec le Président de la Fédération dentaire nationale pour transmettre aux pouvoirs publics les vœux suivants :

Vœux.

1° Que le diplôme de chirurgien-dentiste soit remplacé par un diplôme de docteur en chirurgie dentaire ;

2° Que des dispositions transitoires soient établies pour permettre aux chirurgiens-dentistes actuels d'obtenir le nouveau diplôme, dispositions analogues à celles qui ont été accordées aux officiers de santé pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ;

3° Comme conséquence de ces vœux, les connaissances préliminaires qui devront être exigées des futurs docteurs en chirurgie dentaire avant le commencement de leurs études professionnelles seront les mêmes que celles dont doivent justifier les autres étudiants des Facultés ;

4° Enfin, pour assurer le meilleur recrutement du personnel enseignant professionnel et dans le but d'encourager les praticiens à poursuivre des recherches et travaux scientifiques d'applications professionnelles, les odontologistes souhaitent qu'il soit créé un Doctorat scientifique d'université pour l'art dentaire dit doctorat en odontologie, analogue au Doctorat en pharmacie, accessible seulement à ceux qui possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste ou de docteur en chirurgie dentaire.

41e ANNÉE. N° 7 30 JUILLET 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DIVERS SYSTÈMES D'APPAREILS DE FIXATION POUR DENTS BRANLANTES

Par Paul SPIRA (de Colmar).

Préparateur et chef du service de dentisterie opératoire à la clinique dentaire de la Faculté de médecine de Strasbourg.

(*Communication, avec démonstration, au Congrès de Strasbourg, 28 juillet 1921*).

Vous savez tous l'essor magnifique qu'a pris notre science dentaire dans ces dernières années ; au lieu d'arracheurs de dents, nous sommes devenus des praticiens qui cherchent, avec l'aide de la science, à guérir et à conserver le plus longtemps possible les dents naturelles de nos patients.

Il y a à ceci non seulement un intérêt physiologique, je dirais même mécanique pour la mastication, mais aussi un intérêt moral ; nos patients intelligents apprécieront hautement tous nos efforts pour leur conserver leurs dents qui sont une partie de leur organisme, plutôt que de les doter d'un appareil de prothèse, fût-il d'une ingéniosité et d'une exécution parfaites.

Ce qui afflige le plus une personne en quête de soins dentaires, c'est de perdre des dents en série, généralement les antérieures, qui donnent l'expression caractéristique au visage, des dents intactes en elles-mêmes, uniquement à la suite d'ébranlement et de déchaussement ; cet ébranlement est occasionné dans la majeure partie des cas par la pyorrhée alvéolaire, ce terrible fléau que tous, praticiens et patients, redoutent encore tellement.

Des anomalies de dentition, des défauts d'articulation, la contraction nerveuse des mâchoires pendant le sommeil, l'accumulation sous-gingivale de tartre, l'état général maladif (maladies constitutionnelles, tel le diabète et autres) sont, avec l'infection des spirochètes, les causes prédisposantes de cet ébranlement et déchaussement.

Comme traitement local médicamenteux après le grattage mécanique de tous les dépôts sous-gingivaux, nos praticiens ont utilisé toute la gamme des acides : chlorhydrique, lactique, chromique, phénique, fluorhydrique et autres pour cautériser les poches des gencives ; un grand nombre d'antiseptiques devaient désinfecter ces mêmes refuges de microbes ; les rayons X, ainsi que le radium et ses émanations ont été appliqués. Depuis quelque temps les praticiens se sont dirigés dans la voie du traitement général par injections sous-cutanées ou intraveineuses de préparations arsenicales, principalement de novarsenobenzol pour produire une guérison locale de la pyorrhée.

Le cadre de cette communication ne me permet pas de vous entretenir des traitements préconisés pour raffermir les dents ébranlées, je me bornerai à vous parler des appareils de fixation qui, à mon avis, sont les auxiliaires indispensables du traitement médicamenteux, car il est indiscutable que l'immobilisation des dents ébranlées obtenue par ces appareils est la base essentielle pour la réussite d'un traitement médicamenteux.

En premier lieu je vais donc vous exposer les principes et qualités essentielles que doivent remplir ces appareils pour leur utilisation à notre entière satisfaction.

Avant tout, l'appareil doit fixer solidement les dents ébranlées entre elles et aux dents voisines encore solides dans la mâchoire ; la stabilité est le principe fondamental tout naturellement. La dent ébranlée, une fois fixée, pourra supporter toute pression verticale et latérale pendant la mastication, cette pression se répartissant de façon égale sur toutes les dents prises dans l'appareil.

Au point de vue hygiénique l'attelle ne devra fournir par

des coins et fentes aucun réceptacle aux débris d'aliments et d'épithélium détachés des muqueuses ; des acides ne pourront se former dans les angles et recoins, les gencives seront dégagées et partout accessibles aux traitements médicamenteux.

Le point de vue esthétique doit aussi être pris en considération, on ne voudra pas voir des dents de devant recouvertes entièrement d'or et de platine ; toutefois il ne faudra pas que, pour l'esthétique la solidité de fixation soit diminuée.

Enfin l'attelle ne doit pas occasionner trop de difficultés techniques, ni pour sa confection ni surtout pour son application dans la bouche du patient, elle doit être au point de vue exécution aussi simple que possible.

La question de la fixation des dents branlantes est devenue, dans les derniers temps surtout, l'objet d'études de plusieurs de nos confrères ; les uns croient devoir utiliser les appareils qui n'obligent pas à toucher à la pulpe, les autres, au contraire, voient un avantage à dévitaliser les dents en question.

Cette méthode de dévitalisation part de deux idées : en premier lieu l'extirpation de la pulpe provoque quelquefois une certaine consolidation de la dent ; je vous rappelle dans cet ordre d'idées la résorption des racines des dents de lait bien ralentie après l'extirpation de la pulpe ; la seconde raison est de mettre la force principale de la fixation dans la racine des dents et non dans leur couronne.

Ce genre d'appareils comprend donc une attelle fixée par des pivots dans les canaux des racines des dents. Le système le plus exact, mais aussi le plus difficile, le plus pénible et le plus minutieux, est celui des inlays avec pivots soudés ensemble ; les dents à fixer à l'appareil seront dévitalisées, soit par l'application d'arsenic dans des petites cavités centrales percées spécialement à cet usage, soit par l'anesthésie régionale des injections sous-cutanées.

Après l'extirpation de ces pulpes et l'obturation antiseptique des racines, il est taillé dans la partie linguale

de chacune de ces dents une cavité assez profonde, dans l'excavation on fera un inlay ; tous ces inlays en or s'adaptent avec un pivot dans la racine de chacune des dents ; mis en place on prendra une empreinte et on soude ces inlays entre eux.

Si la divergence des dents ne rend pas le parallélisme des pivots impossible, cet assemblage constituera une attelle solide qui, fixée avec du ciment, les maintiendra bien.

La petite modification suivante facilitera légèrement la construction d'un appareil de ce genre, mais le rendra moins exactement adapté aussi. Au lieu de creuser les dents et de former des inlays, on dispose des pivots parallèles dans les racines; sur une empreinte prise par-dessus, on estampera ou coulera une bande métallique qui sera soudée aux pivots et formera l'attelle.





Vous connaissez tous la difficulté et le résultat quelquefois douteux de la dévitalisation et de l'extirpation des pulpes dans des incisives du bas qui sont, la plupart du temps, bien ébranlées. Cette difficulté a poussé certains praticiens à construire des appareils qui ne prennent pas leur point de fixation dans les racines des dents et laissent les pulpes intactes.

En passant je vous rappellerai les appareils d'un goût esthétique affreux que vous avez certainement vus dans

la bouche de quelques Américains ; ces appareils consistent en couronnes d'or recouvrant chacune des dents en question, même les incisives, soudées ensemble pour l'immobilisation. Pour éviter cette masse d'or, certains praticiens ont utilisé, au lieu de couronnes, de simples bagues étroites de 3 à 5 m/m soudées ensemble et fixées sur les dents au ciment. Une modification de cet appareil consiste à renforcer les joints de soudure entre les bagues pour pouvoir découper la partie visible sur la face vestibulaire des dents. Ces appareils à bague n'offrent pas ou que peu de résistance et n'empêcheront pas longtemps la dislocation des dents.

Le genre spécial d'attelle dont je vais vous parler a donné sans doute naissance aux gouttières de contention coulées pour la fixation interdentaire des fractures de mâchoires ; il s'agit de deux parties coulées en métal, l'une le long de la face vestibulaire, l'autre le long de la face linguale des dents à fixer ; elles seront resserrées ensemble par 2 ou 3 petites vis qui passent dans les espaces interdentaires.

Comme cet appareil repose sur la gencive et doit être fixé à la gutta-percha, il ne répond pas du tout à nos exigences hygiéniques, il rendra impossible le traitement des poches de gencive, sera un garde-manger et, par suite, un foyer d'infection.

Les gouttières de contention coulées d'une pièce, telles que nous les employons pour la consolidation des fractures des maxillaires, pourraient être utilisées de même comme appareils de fixation pour dents branlantes, mais ne répondraient pas non plus à nos conditions au point de vue hygiénique, accès impossible à la gencive et rétention des aliments, etc., ni même au point de vue esthétique, ayant une grosse barre métallique sur la face, en vue des dents ; leur immobilisation n'est que temporaire.

En vous présentant ces divers systèmes d'appareils de fixation, je vous ai signalé leurs principaux défauts ; l'appareil dont je vais vous parler plus longuement et qui

est l'appareil que j'adopte pour la plupart des cas, n'est pas absolument sans défauts.

D'ailleurs, l'appareil idéal existe-t-il ? Les défauts dont je vous ai parlé m'ont amené à employer pour la plupart de mes cas, un appareil qui évite les grands inconvénients des autres systèmes.

En voici la description sommaire : la partie essentielle de mon attelle, la base solide, est une barrette large de 4 à 6 m/m coulée en or sur la face linguale des dents, en empiétant légèrement sur la surface triturante (tranchante). Cette barrette est fixée aux dents solides et les dents ébranlées sont fixées à la barrette par des pivots de 0,4 à 0,6 m/m qui passent dans un canal fin, percé dans le sens bucco-lingual à travers la barrette et le corps de chacune des dents en question ; la tête du pivot (comme une tête d'épingle) est retenue dans une encoche de la surface linguale de la barrette, tandis que l'extrémité libre ressort sur la face vestibulaire de la dent. L'attelle ainsi que les pivots transversaux sont scellés en place avec du ciment à l'oxyphosphate, après quoi les bouts libres raccourcis sont condensés par un martelage en rivets sur la dent.

Voilà le système très simple et relativement facile à exécuter, par lequel on obtient l'immobilisation complète des dents. La surface de la barrette recouvre les bords tranchants d'une façon continue et garantit ainsi les dents ébranlées contre l'effet vertical de l'articulation, la pression s'exerçant de façon égale sur toutes les dents prises dans l'appareil ; le mouvement latéral est arrêté par la rigidité des pivots transversaux et de tout le système ; il n'y a plus lieu de se préoccuper du parallélisme des dents.

Comme les pivots passent à travers la dent bien au-dessus de la pulpe, on évite l'extraction de la pulpe ; il n'y a donc aucune difficulté de traitement de racine avec des suites quelquefois fâcheuses pour les incisives du bas fortement ébranlées et qui présentent presque toujours des oblitérations de leur canal radiculaire déjà bien étroit de nature.

Au point de vue hygiénique cet appareil donne pleine satisfaction, il permet le nettoyage et l'entretien des dents ; ne recouvrant que le haut des dents, il laisse l'accès des gencives libre de tous les côtés et permet ainsi la continuation des traitements médicamenteux ; les poches des gencives peuvent être débarrassées du tartre et cautérisées régulièrement.

Nos goûts esthétiques ne sont pas offusqués par un étalage de larges masses d'or, car la partie qui recouvre le tranchant des dents peut être bien amincie et diminuée sur le devant, tandis que les pointes fixes des pivots ne s'aperçoivent guère.

La technique, c'est-à-dire l'exécution des appareils et leur application en bouche, n'est pas compliquée, vous vous en rendrez compte par les détails précis suivants.

Je choisis le cas type des dents de devant du maxillaire inférieur où, très souvent, les incisives centrales sont fortement ébranlées, les latérales un peu moins branlantes, tandis que les canines sont encore fermes. Généralement, par suite de la pyorrhée, les gencives se sont déjà retirées et les dents sont assez longues en dehors des gencives.

Pour commencer notre travail nous fixons les dents ébranlées par des ligatures de fils de soie ou de lin aux canines solides en évitant soigneusement de les pousser hors de leur position normale ; le haut des dents sera limé avec des meules et disques afin que leur niveau soit à peu près égal et pour que tous les bords tranchants du côté lingual soient arrondis et taillés en biseau.

Sur une toute petite empreinte, prise au plâtre, de la partie linguale seule des dents on coule en or à 20 carats une barrette de 4 à 6 $^{m}/_{m}$ de hauteur et 0.7 à 1 $^{m}/_{m}$ d'épaisseur, s'adaptant exactement au dos et à la face triturante des dents. Cette cire est coulée en or à 20 carats, les titres d'or plus élevés n'offrant pas assez de rigidité. Il me paraît superflu de donner des explications pour le coulage, tous les procédés menant au même résultat.

La barrette en or une fois décapée et polie est essayée et fixée pour quelques jours en bouche par des ligatures aux

dents, ceci pour corriger encore une articulation qui pourrait être trop haute à certain point, mais surtout pour accoutumer les dents branlantes à prendre exactement leur place contre l'attelle.

La fixation provisoire par les ligatures facilite énormément le perçage des canaux transversaux des dents pour les pivots.

A un ou deux millim. au-dessous du bord supérieur de la face labiale des dents, on fore avec les fraises rondes les plus fines l'émail, la dentine et l'émail de la face linguale.

A l'objection qui pourrait être faite qu'on risque fort de toucher la pulpe, je répondrai que dans la plupart des cas d'ébranlement, par suite du déchaussement et de l'irritation chronique, les pulpes se sont atrophiées, rétrécies et ont produit de la dentine secondaire de défense qui oblitère le haut du canal radiculaire.

Dans le cas où les dents sont très courtes, le trou à percer ne sera distant du bord supérieur de la dent que d'un millimètre.

Le forage des dents ébranlées avec pulpes atrophiées ne cause aucune douleur, quand on évite de laisser chauffer l'instrument par une pression trop forte.

Par contre, les canines sont un peu douloureuses à cette opération, mais l'anesthésie locale à la novocaïne permet de vaincre cette petite difficulté ; la couche de dentine étant relativement mince à cette hauteur, les personnes qui ne sont pas trop douillettes supportent facilement ce court moment désagréable que l'on peut encore diminuer en appliquant du chlorure d'éthyle dans la direction de l'apex.

Les canaux percés et un peu élargis par une fraise d'à peu près 0.6 $^{m}/_{m}$ de diamètre, on marque avec la fraise la continuation du canal sur l'attelle en or, on retire ensuite l'attelle de la bouche et on la perce aux endroits marqués correspondant aux canaux des différentes dents. Sur le côté lingual de l'attelle on élargit l'orifice du canal avec une

grosse fraise de 1 1/2 à 2 m/m de diamètre afin de pouvoir y noyer la tête (en forme d'épingle) des pivots.

Les pivots eux-mêmes sont faits avec du fil d'or à 18 carats de 0.4 à 0.6 m/m de diamètre ; à son extrémité on soude une paillette d'or que l'on martelle ensuite dans le petit instrument que je vais vous montrer, ce qui leur donnera la forme d'une tête d'épingle ; voilà pour l'exécution technique. Pour la fixation de l'appareil en bouche les dents doivent être mises à sec, il est très facile d'appliquer pour cela la digue, les petits canaux eux-mêmes seront bien asséchés à l'air chaud.

Du ciment à l'oxyphosphate de zinc est répandu sur la face linguale des dents, dans les canaux et sur la barrette, et cette dernière est mise en place. Avant que le ciment prenne, on introduit les pivots trempés de ciment dans leurs canaux ; chacun de ces pivots est ensuite saisi avec une pince, et, après forte traction, l'extrémité en sera un peu recourbée, de cette manière l'attelle est fortement serrée contre les dents.

Lorsque le ciment est bien durci, les pivots et toutes les aspérités sont limés et brunis avec de petites meules et on passe avec un brunissoir pour former les bouts des pivots en rivets.

L'attelle préconisée peut naturellement être modifiée selon les différents cas et être combinée pour remplacer des dents manquantes, avec des bridges par exemple. Si l'une ou l'autre des dents en question est par trop ébranlée et qu'on ne puisse plus espérer guérir son alvéole et sa poche de gencive, on l'extrait.

Un pivot vertical soudé dans l'appareil permettra de la refixer à sa place dans l'attelle. Ceci est un avantage fort apprécié par les intéressés qui pourront ainsi garder leurs propres dents.

On peut également souder une ou deux dents artificielles à l'appareil pour remplacer la dent ou les dents manquantes ; il est aussi très facile de combiner cette attelle avec un bridge et même de s'en servir comme un des supports du bridge.

Cette facilité d'ajouter des dents à l'attelle nous donne la possibilité de modifier l'appareil si, par suite de déchaussement complet, on était obligé ultérieurement d'ajouter une dent à la gouttière ; en général, et ceci est encore un grand avantage du système, des réparations et modifications comme la combinaison ultérieure avec un bridge sont faciles à exécuter ; on lime les têtes des pivots pour enlever la barrette et l'on retire les pivots afin de refixer ensuite l'appareil modifié.

Ce système d'appareil de fixation m'a donné toutes les preuves nécessaires de solidité, depuis une dizaine d'années il a été utilisé par moi dans une centaine de cas et je n'ai eu qu'à m'en louer ; quelques rares échecs des premiers appareils adaptés étaient dus à l'imperfection initiale de la construction, ce qui m'a permis de perfectionner les suivants.

Je ne puis donc que recommander cet appareil chaudement à mes confrères avec la certitude qu'il leur rendra de très grands services.

LA CONCEPTION DE LA PROTHÈSE MODERNE

Par Ed. Touvet-Fanton,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Strasbourg, 27 juillet 1920.)

(Suite et fin)

Prothèse à ponts mobiles.

Constitution toujours métallique.

Conception toujours vers la simplicité. Cependant, ils peuvent être d'étendue plus considérable que les fixes, avoir plus de complexité pourvu qu'ils soient faciles à mobiliser.

Ils peuvent être plus facilement à selles étendues, ce qui est mauvais pour les fixes.

Mais, fixe ou mobile, tout pont doit avoir comme première condition un *point d'appui à chaque extrémité* fixant ses mouvements dans le sens latéral aussi bien que vertical.

Si le bridge est à « extension », la selle servant de point d'appui extrême sera *relativement* grande.

Mais un point d'appui *sur soutien* est toujours préférable et si c'est un simple prolongement de l'appareil, il sera mieux de l'appuyer sur une enclave artificielle du pilier naturel (serait-ce sur un ciment porcelaine au pis aller), sur un inlay de préférence, ou un épaulement.

L'important, ce sont les *pièces de rétention.*

Or, sur le pont mobile, elles peuvent être elles-mêmes : 1° *mobiles*, ou 2° *fixes*, mais non pas alliées ensemble, car la direction d'une pièce fixe entraîne la direction des autres.

Pièces de rétention mobiles. Pivots à rotule.

J'ai préconisé, il y a vingt ans, l'emploi de pivots articulés dits « à rotule » qui dispensent du parallélisme. Cette longue expérience m'en permet la critique. *Quand*

ils sont bien faits, les pivots à rotule donnent de nombreuses satisfactions, et j'ai celle de pouvoir retrouver à l'heure actuelle, sur certains sujets, des bridges faits en 1900 et qui sont restés en position tels qu'au premier jour.

Leur inconvénient réside dans la mobilité qu'ils pren-

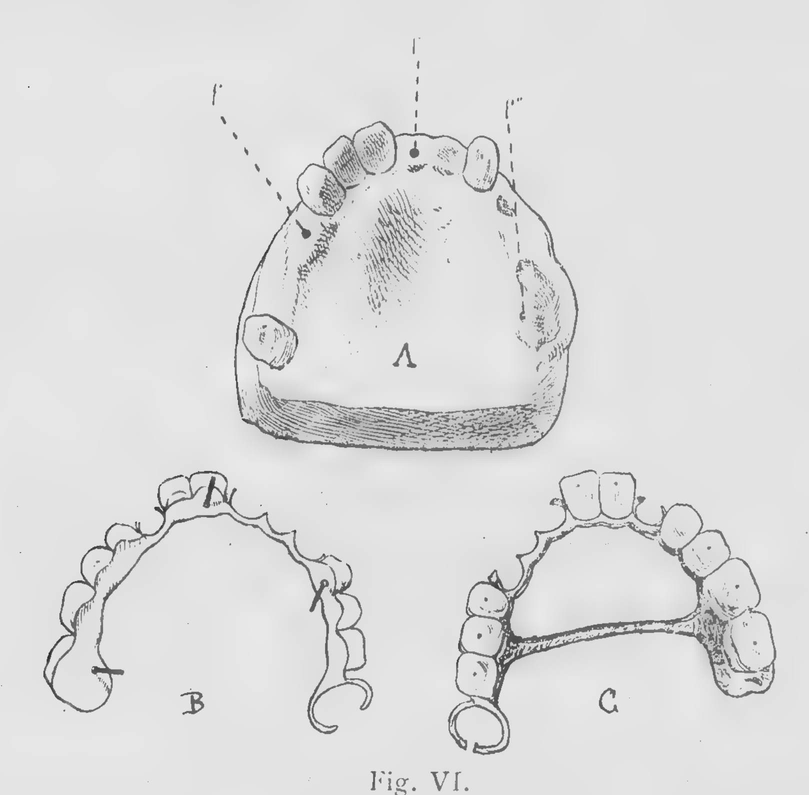


Fig. VI.

Pont mobile à « pivots à rotule » B, présenté à la Société d'Odontologie (séance du 2 juillet 1901) — (Voir l'*Odontologie*, 15 août 1901). — L'expulsion spontanée des racines ayant eu lieu en 1920 (soit après 19 ans d'utilisation) l'appareil a pu être réédifié sans pivots, grâce à l'addition d'une légère selle et d'une traverse de soutien.

nent à l'usage et qui oblige le patient à les placer un à un pour remettre son appareil. Il est vrai que l'habitude rend expert, et on est tout étonné de l'habileté acquise par les porteurs d'appareils munis de plusieurs pivots.

Or, il est nécessaire que, sur le même appareil, *tous* les pivots soient mobiles pour atteindre leur but. Car, sans vouloir revenir sur la technique que j'en ai publiée en

détail [1], il ne sera jamais superflu de rappeler que « leur propriété de dispense de parallélisme réside dans la *mobilité du pont sur ses pièces de rétention même,* et qu'elle sera immédiatement détruite par l'adjonction, serait-ce *d'un seul pivot fixe,* de la direction *indéformable* duquel leur direction propre deviendra mathématiquement tributaire ».

Ce qu'il *faut* leur adjoindre, au contraire, comme dans tout bridge rationnellement compris, ce sont des *pièces limitatives,* sous forme d'anneaux ou d'épaulements.

Les pivots à rotule *bien faits et rationnellement utilisés* sont donc d'excellents éléments de bridges mobiles.

De plus, ils ménagent incontestablement la longévité des racines soutien.

Ils sont quelquefois préférables (fig. 7) ; mais comme en toute chose, il faut être éclectique et savoir *selon les cas* leur préférer les pièces de rétention fixes (fig. 8).

Pièces de rétention fixes. — Chercher toujours la simplicité ; le moins possible de pivots bien accouplés, de pièces à parallélisme non susceptible de recevoir une certaine correction ou un jeu relatif.

Bague fendue à tenon ou à glissière. — Souvent, pour remplacer les couronnes « télescope » plus difficiles d'exécution, j'emploie une bague fendue, à tenon en queue-d'aronde situé à sa partie mésio-triturante (t, fig. 8, A et B) et télescopant soit une couronne d'or à mortaise épaisse de préférence ; ou, selon la disposition, ou si l'épaisseur manque, à mortaise en glissière mésio-latérale (c, fig. 8). Cela sur les molaires surtout ; quelquefois aussi le tenon en queue-d'aronde ou en forme de cœur, sans l'accessoire de sa bague fendue, est inséré dans la mortaise métallique d'une couronne pilier (de canine, par exemple), ou encore, profitant d'une carie existante, soit

1. Voir *Nouveau procédé d'appareil à pont, pivot à rotule,* etc. Ed. Touvet-Fanton. — *L'Odontologie,* 30 mai, 15 et 30 juin, 15 août 1901.

dans un inlay, soit moitié dans chacun de deux inlays contigus (i, i', fig. 8), toutes pièces faciles à exécuter aujourd'hui par la coulée.

Rechercher des pièces d'appui d'un genre solide et s'attacher à les employer communément.

En prendre le moins possible : deux piliers seulement, s'il se peut ; cela dépend de la longueur du bridge : avec trois, on peut solidement situer un bridge de grosse importance.

En un mot, la nature des piliers peut être variable selon les conceptions diverses, mais la construction doit se rapprocher d'un plan idéal simple presque uniforme, à savoir : piliers *différents*, mais alliés, de façon à avoir des formes faciles à accoupler entre elles, à rectifier au besoin, quoique puissantes.

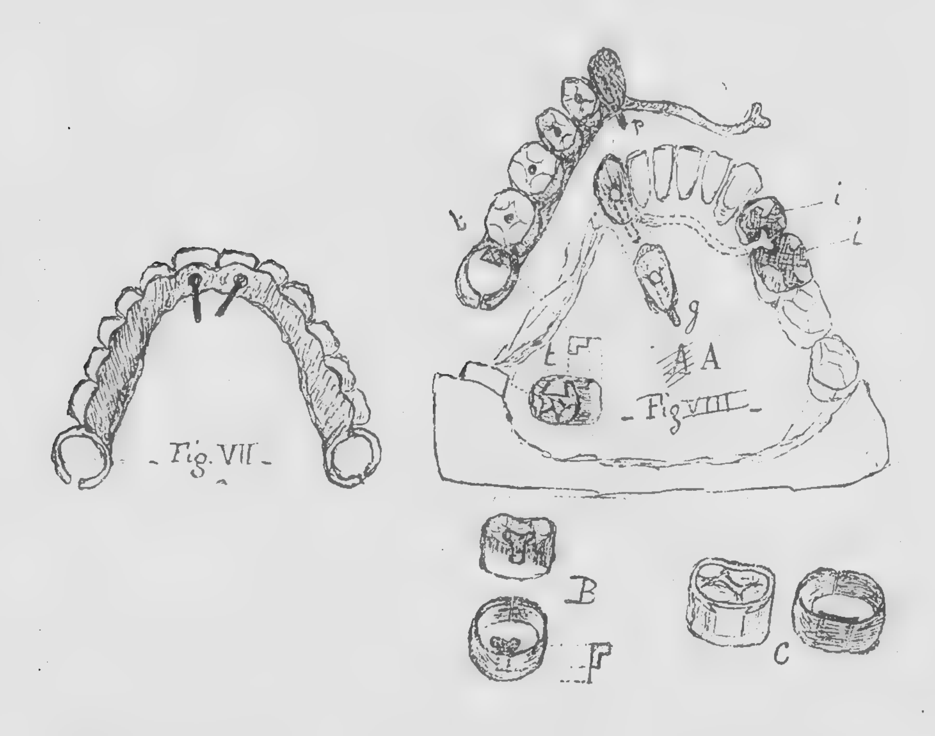
Le parallélisme réel finira d'être établi facilement *sur le modèle*. Exécuter et fixer la première la pièce de rétention non retouchable, la plus longue et la plus « intangible » (si je puis dire), le pivot par exemple ; car il est bon de rechercher ces formes de points d'appui *différentes*, dont on puisse sur le modèle établir le parallélisme, sans nuire à l'ensemble ni aux parties fondamentales « venues » avec l'empreinte, qui doivent les recevoir et être fixées, elles, aux piliers naturels.

Par exemple, dans la fig. 8 où la longue brèche à restaurer et la nature des deux piliers qui la limitent nécessitent l'adjonction d'un troisième point d'appui, ce qui serait très difficile avec trois pivots « fixes » ou « couronnes-télescope », deviendra facile avec un pivot *(p)*, une bague fendue à tenon *(t)*, télescopant une couronne à mortaise (à finir sur modèle) et un bloc en queue-d'aronde inséré dans un ou deux inlays *(i)* dont la cavité est retouchable sur modèles également, placés sur des dents cariées de la restauration desquelles on a profité.

Un pivot devra toujours être en platine iridié, rond et lisse, télescopant dans une gaine de platine ou d'or reliée à une coiffe, même s'il s'agit de dents à face d'émail restante (coiffe, demi-couronne interne) (g, fig. 8, A).

Les petites pièces subissant un gros effort devront être « armées » d'un fil de platine iridié. Car il faut se préoccuper avant tout d'établir des piliers durables sur des bases durables surtout, donc solidement protégées.

S'il s'agit d'un bridge du maxillaire inférieur, attention à la direction oblique interne des dents du bas, donc des piliers, attention à l'obliquité des plans d'articulation, à la



surface d'articulation, qui doit porter sur la généralité des points, et au glissement des mouvements de latéralité : donc, pas d'engrènements trop prononcés des tubercules.

Enfin, au point de vue esthétique, le moins de visibilité possible, le plus d'imitation de la nature, dents pleines de porcelaine remplaçables, à tube, de Davis, de Goslee, etc.

Le bridge mobile joignant aux qualités de dimensions restreintes et de puissance du bridge fixe celle de la mobilisation, a sur celui-ci l'avantage de satisfaire en même temps à l'hygiène et à la facilité de réparation sans détério rer les piliers.

S'il donne peut-être un peu plus de soucis à l'exécution, c'est certainement l'appareil de choix.

Ponts fixes.

Les ponts fixes doivent avoir un développement restreint. Tout pont de trop longues dimensions doit être mobile. Sinon, il vaut mieux le sectionner et faire plusieurs ponts fixes. Tout pont, tout arc fixe de grande portée et d'une seule pièce, est voué relativement très tôt à la désagrégation des piliers (obliquité des points d'appui, contrariété des efforts, gauchissement, arthrite, etc.).

Pour éviter cela, une tendance qui va malheureusement en s'accentuant est de faire les ponts fixes à selle. Dans bien des cas, une telle conduite rend des services, mais il y a « selle » et « selle », et il faut réprouver les conceptions de bridges fixes où de véritables surfaces d'un ou deux centimètres de large (ou plus) sur quelquefois toute l'étendue de l'appareil sont appliquées contre la muqueuse, enchâssant même étroitement les dents saines restantes. Ces appareils fixés à demeure ne constituent plus des ponts et me paraissent d'une insalubrité coupable. On devrait alors les rendre mobilisables.

Normalement et rationnellement, dans un « *pont* » fixe, à part les piliers, *tout doit être suspendu*. Aucune surface, même au collet « externe », ne doit demeurer en contact avec la muqueuse, ni surtout avec les dents naturelles restantes qui doivent être *largement* isolées des anses qui relient les parties du bridge.

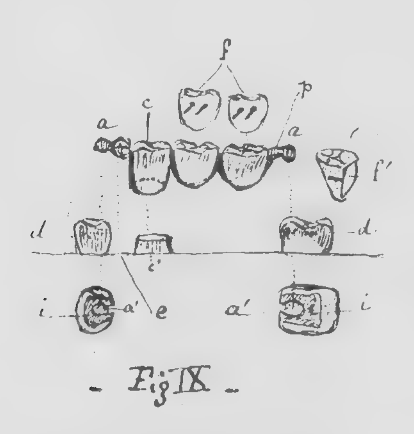
Dans les cas difficiles, où les piliers s'équilibrent mal, une selle peut être considérée comme pilier de soutien vers le centre, par exemple ; mais moins il y en aura, mieux cela vaudra et sa surface doit être restreinte.

D'autre part, je crois qu'on devrait bannir toute espèce de bridge fixe à extension avec lequel on a toujours des ennuis plus ou moins précoces et réserver ce procédé au bridge mobile où il est de toute légitimité.

Je crois qu'il faut ériger en principe *la nécessité d'un*

point d'appui à chaque extrémité de tout bridge pour limiter les mouvements de latéralité, sans doute, mais surtout comme pilier. Et si dans un cas de force majeure (absence de soutien) on persiste dans l' « extension », il faut alors exagérer l'appui de la surface extendue en selle, jusqu'à presque contusionner (momentanément) la muqueuse sous-jacente, dont l'élasticité détruit l'aplomb de l'appareil, lequel devra être porté et « rentré » en position avant d'être sellé.

Mais, *en général, éviter la selle fixe.*



d. Dents naturelles.
c'. Moignon de prémolaire naturelle.
e. Espace existant entre les dents du sujet.
c'. Couronne or.
a. Tenon « libre » pénétrant dans la mortaise *a'* ménagée dans *i*.
i. Inlay scellé.
f. Facette porcelaine à épingles platine.
f'. Vue en coupe du bridge.
p. Fil de platine iridié noyé dans l'or du tenon.

Dans les bridges fixes, les piliers peuvent être nombreux sans inconvénient, si l'on est sûr de leur avenir.

Cependant, moins on en utilise, moins on aura de risques au point de vue pathologique.

D'autre part, il faut étayer solidement les bases de son pont. Un exemple : dans un petit pont de quelques dents *contiguës*, il sera bon d'étayer l'un des points d'appui ex-

trême sur les deux dents naturelles voisines et non sur une seule.

Mais réduire, simplifier dans la construction comme dans la forme doit toujours être notre but, pourvu qu'il ne cesse pas d'être compatible avec l'effort mécanique escompté.

Il faut aussi construire en prévision de la possibilité d'enlèvement de l'appareil et, s'il y a un sens pour le placer, il est bon de le noter sur la fiche pour s'en souvenir à l'occasion.

Voici un exemple de petit bridge fixe très facile de disposition et de piliers, et cependant très résistant à l'effort en même temps que facile d'enlèvement.

Employer des moyens puissants, mais simples de fixation ; éviter les pièces compliquées, démontables, trop délicates.

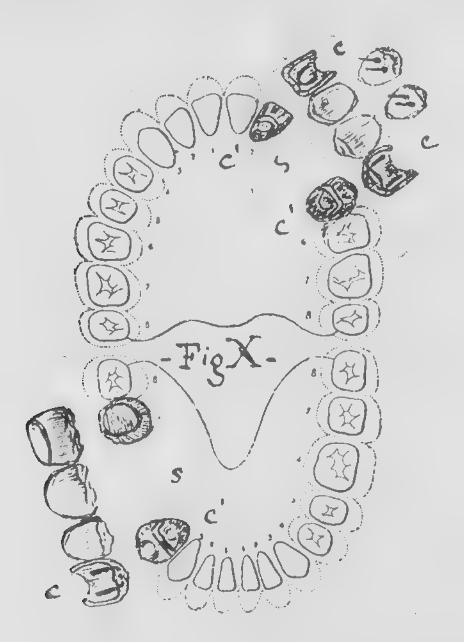
Et quelque qualité qu'aient les moyens de fixation, éviter de les placer dans des soutiens mal protégés. Car, si l'on doit s'assurer de la stabilité mécanique et prévoir l'effort de l'usure, il faut aussi prévoir l'usure chimique favorisée par le milieu et l'impossibilité d'un nettoyage suffisant des points litigieux. C'est pourquoi il faut réprouver les moyens de fixation enfouis dans les racines qu'ils ne permettent pas de coiffer, de protéger suffisamment.

En somme : couronnes d'or ; coiffes à pivots sur dents dévitalisées ; inlays ; tenons *libres* placés dans des inlays scellés, leur servant de sorte de mortaise aisée ; tels sont les points d'appui les plus communément employés.

Couronne-coulisseau. — Je tiens à signaler un moyen de fixation extrêmement puissant et en même temps très esthétique, que j'emploie couramment depuis 1908, grâce à l'usage pratique de l'or coulé. Ce pilier (C. fig. X) peut être appliqué sur toutes les dents, même les incisives latérales et respecte leur complète vitalité. Il tient de l'inlay et de la couronne. Il est constitué par une couronne intéressant seulement la partie interne de la dent naturelle, laissant donc intact l'émail visible de sa partie labiale. L'intérieur dessine en relief, en coulisseau, une forme d'U

renversé qui s'enclave dans une gouttière de même forme gravée dans l'épaisseur de la dent naturelle.

La préparation de celle-ci consiste à meuler sur sa face interne jusqu'au sommet tranchant une épaisseur suffisante pour la couronne d'or (en abattant un peu le tubercule interne, si c'est une dent triturante) ; au moyen d'une fraise à fissure, on grave un sillon vertical sur chaque côté mésial et distal, puis un sillon horizontal reliant les deux premiers sur la face triturante (S. fig. 10). On s'assure de la hauteur



d'articulation ; on moule directement la couronne en faisant couler de la cire à inlay demi-chaude sur la dent vaselinée. On coule en or à 23 carats légèrement platiné et on « répare » pour finir en emboîtant les bords et le talon jusqu'au collet dont l'émail a été respecté, et en ajustant en fin biseau les bords de tous côtés.

C'est, en somme, un perfectionnement de l'idée de la couronne « Carmicaël » dû à l'emploi de l'or coulé. Ce moyen de fixation est, je le répète, très solide, plus facile d'enlèvement que les autres ; il vaut une couronne complète, préserve bien la dent, permet sa surveillance, évite

la nécessité de la dévitalisation et est infiniment supérieur en puissance et en beauté à la couronne fenestrée [1].

Il est bon en effet d'escompter le côté esthétique dans l'adoption des genres des divers piliers, car je ne crois pas qu'il faille considérer comme un progrès la tendance qui va croissant à couvrir la bouche de cylindres d'or visibles.

Sans doute, il faut rechercher avant tout la solidité de l'ouvrage, mais c'est justement le triomphe de notre nationalité d'obtenir ce résultat avec goût.

C'est ainsi qu'on pourra, par exemple, cacher une couronne d'or nécessaire en la construisant plus petite et en la recouvrant d'une couronne de platine émaillé (système Cournand ou autre, etc.).

Au point de vue *constitution*, le bridge fixe doit être toujours solide, inoxydable, inaltérable. Le métal seul comme base répond à ces nécessités, mais on fait souvent des ponts en métal coulé trop gros, trop lourds. C'est une très grosse erreur contre laquelle il faut se mettre en garde, car elle va jusqu'à compromettre l'existence du bridge.

L'or à 20 carats, coulé, mais de structure élégante et légère, réduite aux dimensions, à l'exiguïté compatible avec l'effort mécanique nécessaire, me paraît le métal et le moyen de choix. Les petites pièces de points d'appui doivent être renforcées d'une tige de platine plus ou moins noyée dans l'or, à la coulée.

Dents : interchangeables, de Steele ou autres si l'on veut, mais plus simplement *et même mieux*, dents ordinaires rendues *remplaçables* : pour les dents plates, par les loges à scellement ou trous à épingles (ceci d'ailleurs devrait être employé, à mon avis, dans tous les genres de prothèse) : pour les dents pleines, soit à tube, soit de Davis, de Goslee, etc.

---

1. On peut employer quelquefois cette couronne « coulisseau » *double* pour appareils mobiles en traitant la première couronne coulisseau à sceller comme on a traité la couronne naturelle, et en coulant sur cette première couronne une deuxième qui sera soudée à l'appareil mobile. Le travail se faisant au laboratoire, est plus facile que la première intervention : c'est une question de surmoulage à la cire et de coulée comme un inlay.

Si l'on coule les surfaces triturantes, ne jamais prononcer à l'excès l'engrènement des tubercules avec la mâchoire antagoniste (molaires surtout). Mais quel que soit le genre de dents adopté, avoir soin de donner au tablier du pont une pente en biseau vers le collet qui ne doit pas lui-même toucher la muqueuse (coupe schématiquement triangulaire) (f', fig. 9) afin de laisser libre et sans aspérités le passage sous le pont, si l'on veut que celui-ci conserve les avantages et les propriétés que lui confère sa seule dénomination et demeure conforme à l'hygiène.

Inutile de rappeler qu'on ne doit laisser subsister aucune racine sous un bridge.

Scellement mixte, en prévision d'un enlèvement possible, soit bridge enduit de gutta avec enlèvement de dépouille, puis scellé au ciment, la gutta restant interposée en couche peu épaisse, enfin sertissage des collets de piliers.

Prothèse de cabinet.

User de minutie dans la technique, c'est gagner du temps.

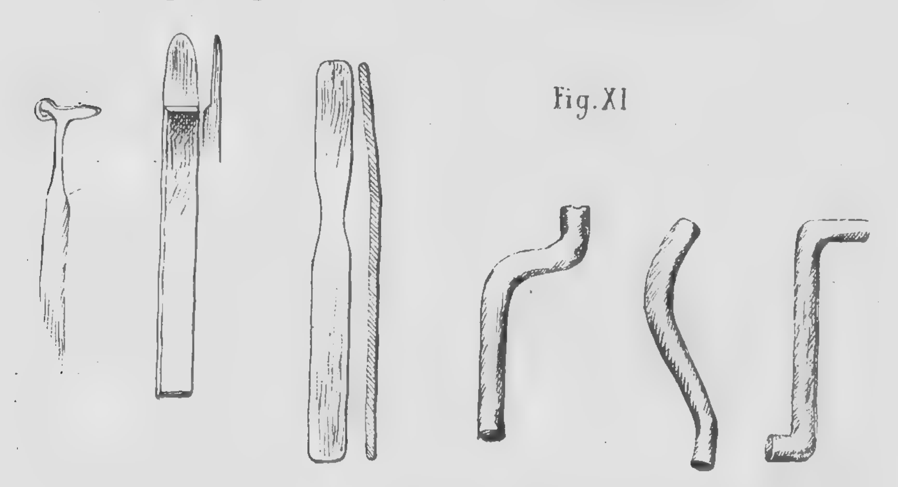
S'élever et réagir contre le mauvais goût croissant des couronnes d'or sur les dents dites « de bouche », et préconiser les couronnes toutes en porcelaine, avec double bague peu visible ou invisible.

Masquer l'artificiel autant que faire se peut, même à l'intérieur en employant des moyens plus esthétiques, souvent des couronnes de porcelaine, même pour les molaires : au besoin couronnes de platine émaillé, etc., de la gencive d'émail artificiel ou dents à gencives de porcelaine trop délaissées.

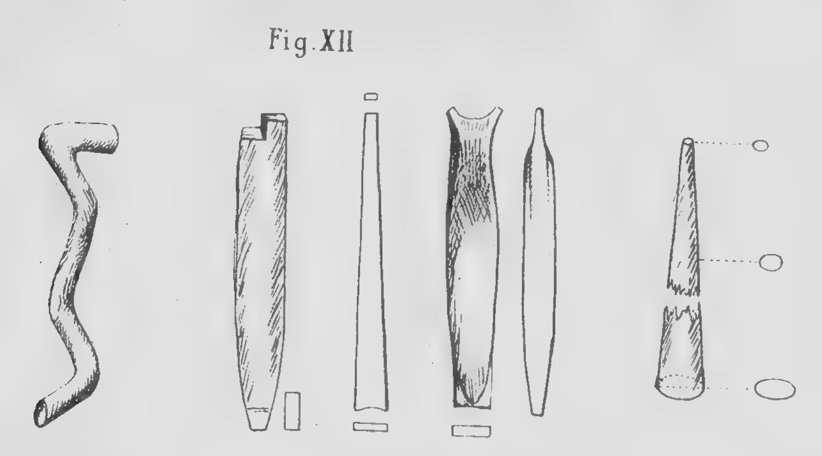
Pour l'ajustage, l'enfoncement des couronnes, bagues, inlays et de toutes pièces métalliques ajustées en bouche, utiliser soit le maillet à main, voire même plus simplement un manche d'élévateur avec instruments tels que béquilles d'acier, règles d'ivoire et mandrins de bois, un jeu à volonté de formes diverses en S ou T, etc. (fig. XI) et longs

d'une quinzaine de centimètres environ ; pour le sertissage au collet et le rivage, le maillet pneumatique.

Faire toujours les inlays en or à 24 carats et ne pas craindre de trop sculpter la dent pour la forme rétentive.


Fig. XI

Avant de terminer en bouche toute pièce à couler à face articulaire, glacer avec la poire à air chaud cette surface de la cire et faire mordre en intercalant un papier fin vaseliné ; il n'y aura plus à retoucher après la coulée.

Fig. XII


Si l'on a des pièces, piliers, à relier à de l'or coulé, laisser dépasser sur le côté de cette pièce une tige qui s'enclavera dans la masse. La tige de coulée peut généralement servir en la mettant en place à cet effet ; sinon, un bâtonnet de cire.

Bien nettoyer et « aviver » ces pièces détachées une fois coulées et vernir de cire collante la surface d'or qui doit être attenante à la coulée suivante, avant de les livrer à la construction de la base au laboratoire. Elles ne se saliront plus et adhéreront mieux au corps de l'ouvrage.

Dans la préparation de la bouche, ne pas oublier de bien régulariser avec de fins disques métalliques diamantés les parois des dents séparées que doivent entourer des attaches, anneaux, etc. et bien les polir.

Rectifier les angles trop aigus ou les tubercules exagérés et nuisibles, les polir.

Lors de l'empreinte, insérer entre les dents séparées un petit rectangle métallique (fragment de lime à séparer) enduit de gutta qui restera dans le plâtre de l'empreinte et donnera les détails de l'interstice dont on a besoin pour l'ajustage parfait de la délicate pièce de rétention dont peut dépendre le résultat.

Prendre les empreintes au plâtre *assez dur pour être cassant* et non retiré d'un bloc unique encore mou.

Si l'on a besoin de l'empreinte de petites pièces minutieuses, cavités d'inlays, de couronnes préparées, etc., les couler en *ciment* avant de faire couler le reste en plâtre.

Au cours de la préparation d'une bouche pour un bridge, il est facile de garantir les piliers préparés soit contre la sensibilité dentinaire, s'il y a lieu, soit contre l'infiltration chimique ou l'érosion mécanique des bords ou formes fragiles, en constituant d'urgence des bagues ou couronnes en maillechort, avec les bandes et la pince à bagues de redressement et en les fixant à la gutta ; cela forme un pansement durable en attendant le placement plus ou moins éloigné du bridge...... Petits détails, certes (il y en a beaucoup d'autres sur lesquels ce n'est pas ici la place d'insister), mais dont l'ensemble fait partie de cette conception générale qui doit mener à la réalisation d'un ouvrage esthétique et stable.

LES GINGIVO-STOMATITES MÉTALLIQUES CHEZ LES OUVRIERS ET OUVRIÈRES DES USINES DE GUERRE

Par Robert MORCHE,

Ex-chef du Service de Stomatologie du Centre militaire de Courbevoie.

(*Communication au Congrès de Strasbourg, 28 juillet 1921.*)

Considérations générales.

L'emploi intensif de la main-d'œuvre masculine et féminine dans les usines de guerre pour des travaux de toutes sortes, réservés presque uniquement avant la guerre à un personnel de carrière spécialisé, aura démontré la part capitale qu'ont ces travaux dans le développement de nombreuses affections dont les ouvriers et les ouvrières peuvent être victimes.

C'est ainsi qu'il est désormais prouvé qu'outre les accidents professionnels auxquels les travailleurs d'usines sont sujets, nombre de maladies, dont certaines peu étudiées ou même méconnues jusqu'à ce jour, ont pour cause, soit la nature même du travail qui leur est imposé, soit les conditions spéciales qui découlent de son exécution.

Parmi les affections ainsi signalées à la vigilance des médecins qui ont la charge de soigner ces maladies d'une catégorie sociale et intéressante, nous pouvons indiquer, en restant volontairement dans le domaine de l'odonto-stomatologie qui seul nous intéresse dans cette étude, *une forme particulière de gingivo-stomatite*, assez différente des diverses stomatites classées jusqu'à ce jour et que nous appellerons, en raison de son étiologie, la *gingivo-stomatite métallique.*

Pathogénie de la gingivo-stomatite métallique.

Si nous nous en tenons à la définition classique qui dénomme stomatite l'inflammation de la muqueuse de la bouche, et gingivite l'inflammation des gencives, et si

nous adoptons la classification établie de longue date par les stomatologistes, nous pouvons énumérer parmi les principales variétés de stomatites :

La gingivo-stomatite tartrique ;

La stomatite catarrhale ;

La stomatite aphteuse ;

La stomatite crémeuse ;

La stomatite érythémateuse ;

La stomatite gangréneuse ;

La stomatite mercurielle ;

La stomatite des diabétiques et des scorbutiques (gingivite expulsive) ;

La stomatite des femmes enceintes ;

Et la stomatite des intoxiqués du plomb, de l'arsenic, du phosphore, du tabac, etc...

A ce tableau, nous ajouterons donc, fruit de nos travaux et résultat de nos observations, et sans craindre de former un néologisme pathologique, la *gingivo-stomatite métallique* que nous définirons ainsi :

L'inflammation des gencives (et parfois des muqueuses jugales, labiales et palatines) causée par l'absorption de poussières métalliques, toxiques ou non, et leur accumulation plus ou moins abondante entre le bourrelet gingival et les dents.

Nous laisserons de côté, dans cette étude, les stomatites saturnines, mercurielles et arsenicales, trop connues, pour n'envisager uniquement que celles causées par les poussières de cuivre, d'aluminium, de zinc, d'étain, de fer.

Ce sont d'ailleurs, les principaux, on pourrait dire même les seuls métaux couramment employés par les ouvriers et les ouvrières des usines de guerre pour les fabrications que tous connaissent : fabrication d'obus, de fusées, de pièces détachées pour aéroplanes, automobiles, objets d'armement et d'équipement, etc., etc.

Et ce sont ces métaux qui, laminés, martelés, découpés, limés, polis, façonnés par des centaines de machines et des milliers de mains, pullulent, dans l'atmosphère anormale

des usines et des ateliers *sous la forme de milliards de poussières* que respirent et qu'absorbent sans cesse ouvriers et ouvrières.

Ces déchets microscopiques de métaux les plus divers, d'une plus ou moins grande toxicité, produiront, selon la prédisposition des sujets, la susceptibilité de leurs organes, l'hygiène qu'ils pratiquent, les affections les plus variées depuis les multiples gastro-entérites jusqu'aux laryngites, rhinites, conjonctivites, blépharites, en passant par les gingivo-stomatites.

Cependant les poussières métalliques déposées sur la muqueuse buccale ne suffisent pas toujours, à elles seules, pour établir un processus inflammatoire. Il faut encore, généralement, que le sujet soit prédisposé à l'affection, que son organisme soit en état d'infériorité physiologique pour permettre à la gingivo-stomatite métallique d'évoluer et de se développer.

A) *Causes prédisposantes générales.*

Sexe. — Les femmes, par leur nature, y sont plus sujettes que les hommes.

Age. — Prédisposition marquée entre vingt et quarante ans.

Hérédité. — Race. — L'hérédité et la race, comme dans toutes les manifestations pathologiques, jouent un grand rôle. Un fait saillant est la fréquence des stomatites chez les travailleurs indo-chinois, chez les Annamites surtout. Les Arabes, les Sénégalais, et en général tous les Africains seraient plus résistants que les Jaunes et même souvent que les Européens aux infections buccales.

Constitution. — Les jeunes ouvriers et ouvrières en état de croissance, les anémiques, les arthritiques et *à fortiori* les diabétiques, les albuminuriques, les syphilitiques sont davantage prédisposés.

Etats physiologiques. — La grossesse et la lactation sont deux états physiologiques qui rendent la femme davantage sensible aux diverses stomatites.

Mauvaise hygiène dentaire. — L'absence de soins dentaires et bucco-dentaires (négligence de brossage des dents et des lavages de la bouche) compte parmi les causes prédisposantes les plus importantes.

B) *Causes prédisposantes locales.*

Anomalie des dents. — Dents trop serrées ou irrégulièrement implantées. Espaces anormaux entre les dents.

Anomalies d'articulation. — Dents mordant les gencives antagonistes.

Caries des dents. — Les dents cariées (les caries du collet et les caries interstitielles plus particulièrement), les racines non soignées favorisent la stomatite.

Fermentations buccales. — Acidité de la salive, fermentations produites par la décomposition des aliments séjournant dans les dents, fermentations causées par certains aliments (sucreries, confitures), certaines boissons (cidre, sirops), certains médicaments (créosote, fer, etc...).

Le port d'appareils de prothèse. — Appareils de prothèse dentaire ou orthopédique défectueux, couronnes ou dents à pivot mal ajustées, crochets métalliques mobiles, etc...

Toutes ces causes existent toujours plus ou moins et favorisent d'ailleurs également toutes les formes de stomatites.

Lorsque la gingivo-stomatite métallique se déclare, son évolution sera lente ou rapide, très bénigne ou assez sérieuse selon la toxicité des poussières irritantes, leur nature et leur quantité.

Aspirées avec l'air, mélangées parfois aux aliments ou aux boissons, portées à la bouche par les doigts ou les ongles, les poussières métalliques par leurs formes irrégulières aux aspérités multiples irriteront la muqueuse buccale à la façon d'un corps étranger d'abord, et d'un corps septique ensuite.

Parfois elles traumatiseront la gencive, en s'insinuant entre le bourrelet gingival et le collet de la dent et en décollant la muqueuse. Un liseré *bleuâtre* (poussières de cuivre) ou *brun* (poussières d'aluminium) se formera au niveau

des incisives, des canines et des prémolaires, plus rarement au niveau des grosses molaires, et plus fréquemment à la mâchoire supérieure qu'à la mâchoire inférieure. Dans les cas sérieux, on constate de l'inflammation du ligament alvéolo-dentaire (périodontite), une mobilité relative des dents et de la douleur à la pression, à la percussion, à la mastication ; les muqueuses jugale, palatine et labiale peuvent être sensibles au toucher. Chez les malades négligents les symptômes s'accentuent, les gencives deviennent très rouges, douloureuses, boursoufflées, le ligament alvéolo-dentaire suppure, un abcès survient parfois et *le signe de cette gingivo-stomatite spéciale apparaît dans le liseré métallique gingival.*

Le cuivre est le métal le plus irritant et il n'occasionne pas seulement de la stomatite, mais encore d'autres accidents tels que laryngite ou trachéite. Il provoquera même des symptômes d'anthracosis, presque identiques à ceux que décèlent dans cette affection l'inhalation de poussières charbonneuses. Enfin, chez certains sujets, on constatera des troubles gastro-intestinaux : ce seront les coliques et les diarrhées cupriques.

L'aluminium vient ensuite par ordre de fréquence, puis le zinc, le fer, l'étain, l'acier, puisque nous mettons en dehors de cette étude le plomb et les autres métaux ou métalloïdes dont l'action a été décelée par nombre de travaux fort anciens déjà.

La gingivo-stomatite métallique a un caractère plus sérieux chez les spécifiques et les négligents de l'hygiène dentaire, mais on risque de méconnaître son caractère particulier, pour diagnostiquer simplement une autre forme de stomatite tant les troubles fonctionnels se ressemblent dans cette partie de la pathologie buccale.

Hygiène et traitement de la gingivo-stomatite métallique.

Comme dans toutes les gingivo-stomatites :

1° Nettoyage minutieux des dents par le dentiste.

Ablation soigneuse du tartre tant sur les surfaces internes qu'externes des dents.

2° Brossages bi-quotidiens des dents et des gencives avec une brosse demi-dure à l'aide de pâte ou de poudre dentifrice (formules courantes ou spécialités) ou encore et tout simplement avec du savon médicinal pulvérisé ou du savon de Marseille, faute de mieux.

3° Lavages de la bouche matin et soir, après le brossage des dents (et, s'il y a lieu quatre à six fois par jour) avec l'une des solutions suivantes :

a) Eau oxygénée à 12 volumes : 250 gr.

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau bouillie chaude.

b) Permanganate de potasse : 1 gr.
Eau bouillie : 1 litre.

Nous donnons la préférence à la première formule, mais par suite de la cherté et de la rareté de l'eau oxygénée, nous avons conseillé encore plus souvent la seconde à nos ouvrières et ouvriers. Le permanganate de potasse est d'ailleurs le seul médicament que nous avons employé dans notre Service de place pour tous les lavages buccaux dans les cas de stomatites, d'abcès et d'opérations bucco-dentaires, parce que c'est le seul facilement fourni par le Service de santé militaire.

L'essentiel dans tous les lavages buccaux, c'est de les faire *consciencieusement, régulièrement et longuement.* Chaque lavage, on devrait dire chaque bain de bouche, devrait durer de huit à dix minutes chaque fois.

Dans les cas de gingivo-stomatites rebelles ou récidivantes, nous faisons plusieurs séances de pointes de feu à l'aide du thermo-cautère et ordonnons les badigeonnages de teinture d'iode du Codex, tous les deux jours pendant une semaine ou deux.

Quant à l'hygiène des ouvriers et des ouvrières des usines de guerre exposés aux poussières métalliques, elle résidera dans la régularité des lavages et brossages bucco-

dentaires, le traitement ou l'extraction des dents et des racines malades selon les cas, les nettoyages semestriels au fauteuil du dentiste et la pratique des notions élémentaires de propreté et d'hygiène individuelle que beaucoup ignorent malheureusement.

La prophylaxie des stomatites comme la prophylaxie de toutes autres affections, ne peut être efficace qu'avec le concours absolu des intéressés. Et lorsque ceux-ci comprendront, grâce aux efforts des médecins et des hygiénistes, que la cavité buccale est la porte d'entrée de multiples maladies, le siège de nombreuses lésions tuberculeuses et surtout syphilitiques, ils pratiqueront alors cette prophylaxie que nous voudrions voir triompher dans tous les domaines, dans l'intérêt non seulement de l'individu, mais surtout dans celui plus noble et plus généreux de la race.

REVUE DES REVUES

LES PHLEGMONS PÉRIMANDIBULAIRES ODONTOPATHIQUES [1]

Par Pierre SEBILEAU,
Professeur à la Faculté de Médecine.

Au cours des infections dentaires et péridentaires (pulpite, pulpo-radiculite, arthrite alvéolo-dentaire) se développe assez souvent, dans le voisinage de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, un processus inflammatoire qui revêt un caractère phlegmoneux. Ce processus inflammatoire, qui est ordinairement à cheval sur le bord basal de la mâchoire, envahit en même temps l'étage supérieur du cou et l'étage inférieur de la face. Comme il est beaucoup plus souvent produit par des lésions dentaires de la rangée latérale (prémolaires et molaires) que par des lésions dentaires de la rangée antérieure (incisives et canine), on l'observe plus communément autour de la région angulaire qu'autour de la région symphysaire.

De ces phlegmons périmandibulaires engendrés par les « altérations dentaires », E. Chassaignac [2] avait fait un groupe spécial d'abcès qu'il avait étudiés sous le nom heureux d'*abcès odontopathiques sous-maxillaires* ; mais il en avait donné une description un peu confuse et publié quelques observations écourtées. Il reconnaissait [3], semble-t-il, deux sortes d'abcès périmaxillaires

1. Ce mémoire est écrit depuis longtemps. Il est le résumé d'une conférence que j'ai faite le 3 mars 1918 à l'Ecole dentaire de Paris. Il a inspiré la thèse de mon interne et jeune ami TRUFFERT. « Diagnostic et traitement des phlegmons périmandibulaires d'origine dentaire ». *Thèse de Paris*, 1920.

2. E. CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la suppuration*, t II, p. 197, chez Victor Masson, Paris, 1859.

3. « C'est loin d'être toujours par un mécanisme identique que les altérations dentaires donnent lieu à des abcès de la région sous-maxillaire. Il y aurait lieu de se demander si l'altération des dents peut, par elle seule, donner lieu à des abcès, soit dans le voisinage immédiat de la mâchoire, soit à distance. C'est par des modes et des degrés divers que l'altération dentaire donne lieu aux abcès sous-maxillaires (p. 206). Les suppurations odontopathiques qui proviennent de la mâchoire supérieure s'ouvrent très facilement et d'elles-mêmes dans la cavité buccale; mais les irritations odontopathiques de la mâchoire inférieure sont susceptibles de provoquer des abcès angioleucitiques éloignés » (p. 183). Enfin (p. 179), Chassaignac parle de « jeunes sujets qui étaient porteurs en même temps d'engorgement des ganglions sous-maxillaires et de caries alvéolaires latentes et de lésions osseuses allant jusqu'à l'état criblé de la paroi alvéolaire et à la formation de pus sous le périoste ».

odontopathiques : *des* abcès osseux *se formant par le mécanisme de l'inflammation du tissu gingival, de la suppuration du périoste alvéolo-dentaire et de la lésion de l'os maxillaire lui-même ; et des* abcès angioleucitiques *qui, aboutissant de lésions très variées des régions sus-maxillaire et sous-maxillaire, étaient la conséquence de l'inflammation suppurative des réseaux, des cordons et des ganglions lymphatiques.*

L. Gosselin [1], une vingtaine d'années plus tard, précisa clairement cette dualité des abcès odontopathiques : *Parmi ces phlegmons d'origine dentaire,* disait-il dans une de ses cliniques, *il en est qui débutent par l'os et le périoste et se confinent dans le tissu cellulaire voisin, sans participation de l'appareil lymphatique; d'autres, au contraire, où l'inflammation envahit d'abord un ou plusieurs ganglions lymphatiques et se propage ensuite à l'atmosphère celluleuse qui entoure ces derniers* [2].

Depuis lors, on a vécu sur les idées et la classification de Gosselin. On a donc continué à envisager les phlegmons sous-maxillaires d'origine dentaire comme formant deux maladies distinctes ; mais, comme ces deux maladies ne pouvaient manquer de se ressembler beaucoup, consistant l'une et l'autre en un processus phlegmoneux qui évoluait dans la même région et se développait sous la dépendance des mêmes causes, il fallut bien leur trouver des signes différentiels. Ces signes, aujourd'hui classiques, sont les suivants [3] : 1° le plancher de la bouche est soulevé et œdémateux dans l'adéno-phlegmon ; il n'est ni soulevé ni

---

1. L. Gosselin. — *Cliniques chirurgicales de l'hôpital de la Charité*, t. II, p 256, chez J.-B. Baillière, Paris, 1879.

2. Et pourtant L. Gosselin, qui était un clinicien clairvoyant, s'était bien rendu compte, en divisant les abcès odontopathiques en abcès osseux et abcès lymphatiques de ce qu'il y avait de paradoxal dans cette conception des adéno-phlegmons sous-maxillaires consécutifs à la carie des dents de la mâchoire inférieure. « Il y a ici, écrivait-il, un *nescio quid*. D'abord beaucoup de sujets ont des dents cariées sans avoir d'adénite. Ensuite, pour admettre le point de départ dans une lymphangite de la pulpe, il faudrait être certain que des lymphatiques existent dans cette pulpe ; quant à moi, je ne les ai jamais vus. Enfin, autre bizarrerie, nous ne voyons que très rarement l'adéno-phlegmon causé par les maladies des dents supérieures lesquelles n'engendrent que l'ostéo-périostite. »

3. Le caractère exagérément schématique et fiduciaire de ce diagnostic différentiel n'a pas échappé à tous les cliniciens. Ch Walther *(Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. V, p. 692, chez G. Masson, Paris, 1891) fait observer que les deux lésions ostéite et adénite sont souvent liées l'une à l'autre par l'unité de cause, ce qui rend le diagnostic difficile, et Ch. Lenormant (*Précis de Pathologie chirurgicale*, 2e édit., t. II, p. 311 et 663, chez Masson, Paris, 1914) n'hésite pas à considérer la seconde comme l'inéluctable conséquence de la première, ce qui revient à dire que le diagnostic est à la fois impossible et superflu.

œdémateux dans l'ostéo-phlegmon ; 2° le sillon gingivo-jugal n'est pas effacé dans l'adéno-phlegmon ; il est effacé et bombe, quelquefois même devient fluctuant, dans l'ostéo-phlegmon ; il siège au-dessus dans l'ostéo-phlegmon ; 3° le plus gros du gonflement inflammatoire siège au-dessous de la ligne angulo-symphysaire dans l'adéno-phlegmon ; il siège au-dessus dans l'ostéo-phlegmon ; il est surtout cervical dans le premier cas, surtout facial dans le second.

Je démontrerai plus loin que le premier de ces signes est un contre-sens et que la signification qu'on lui attribue doit être prise à rebours. Le troisième est imprécis et d'une appréciation particulièrement difficile. Le second, seul, a une réelle valeur clinique : aussi n'a-t-il pas tardé à devenir le pilier du diagnostic différentiel et en est on venu, par une sorte de pétition de principe, à superposer le mot de périostite à celui d'inflammation de la région vestibulaire et le mot d'adéno-phlegmon à celui d'inflammation de la région sous-maxillaire. Nos traités classiques, au chapitre « ostéo-périostite d'origine dentaire », ne décrivirent plus en réalité que les seuls processus qui se déroulent autour du sillon gingivo-génien, au droit de l'étage alvéolaire de l'os, et nous prîmes peu à peu l'habitude de considérer que la localisation des phénomènes inflammatoires au pourtour de l'étage basilaire comportait nécessairement l'intervention de l'appareil ganglionnaire. Nulle part cette manière de concevoir les choses n'apparaît plus clairement que dans une clinique de F. Lejars[1]. *La périostite,* dit Lejars, *c'est le bourrelet allongé, rouge, qui soulève le fond du cul-de-sac gingivo-génien. L'adéno-phlegmon, c'est l'empâtement dur, épais, qui remplit et déborde la loge sous-maxillaire.*

Et comme les manifestations vestibulaires font souvent défaut dans les ostéo-périostites basses, il arrive, en pratique, que le chirurgien et le praticien de l'art dentaire lui-même, mis en présence d'un processus phlegmoneux odontopathique dont les manifestations se déroulent autour du sous-sol de la mâchoire inférieure, diagnostiquent *toujours* un adéno-phlegmon et *jamais* un ostéo-phlegmon.

Ils commettent ainsi une erreur, car, pour employer les expressions mêmes de Lejars, ce bourrelet allongé et rouge du cul-de-sac gingivo-génien et cet empâtement dur et épais de la loge sous-maxillaire sont, l'un et l'autre et au même titre l'un que l'autre, la manifestation d'une seule et même affection, l'ostéo-périostite : ostéo-périostite de la superstructure de la mâchoire inférieure dans le premier cas; ostéo-périostite de l'infra structure

1. F. Lejars. — *Leçons de Chirurgie*, p. 331, chez C. Masson, Paris, 1895.

dans le second ; là, abcès périalvéolaire ; ici, abcès péribasilaire. Voilà ce que j'enseigne depuis longtemps dans mon service ; voilà ce que j'ai dit à la Société de Chirurgie, il y a quelques mois, dans une courte improvisation [1] inspirée par une communication de Chaput [2]. Mais cette manière de voir est si contraire à la tradition qu'à la réponse qu'Auguste Broca [3] a faite à mon argumentation j'ai bien senti que je ne triompherais pas sans peine de l'erreur qui s'est accréditée jusqu'à ce jour sur ce point de chirurgie stomatologique.

* * *

A. *Le foyer des phlegmons sous-maxillaires odontopathiques communique avec l'alvéole.* — De ce que je viens de dire, à savoir que tous les phlegmons sous-maxillaires odontopathiques sont, en réalité, des ostéo-phlegmons, il ne peut y avoir qu'une preuve irréfragable : c'est, en cas d'extraction de la dent infectée, l'évacuation du contenu de l'abcès périmandibulaire par la cavité alvéolaire et la constatation d'un trajet osseux conduisant de l'alvéole dans le cou. Eh bien ! cette preuve, il n'est pas de chirurgien ni de dentiste qui ne puisse, dans la presque totalité des cas, se la donner à soi-même. Je l'ai bien souvent offerte à mes assistants, à mes internes, aux médecins et aux odontotechniciens dont l'habitude est de suivre mon service de Lariboisière : il n'en est pas un seul aujourd'hui, parmi eux, qui ne soit depuis longtemps convaincu.

Quand, sur un malade atteint de phlegmon péribaso-mandibulaire, on pratique l'extraction, sous l'anesthésie générale (ce qui est presque toujours nécessaire et facilite l'exploration), de la dent qui a provoqué la complication inflammatoire, voici ce qu'on observe : 7 fois sur 12 au moins, le pus de la collection cervicale s'écoule spontanément par l'alvéole en plus ou moins grande abondance et, par la pression sur cette collection, on arrive à la vider tout entière ; 3 fois sur 12, le pus ne sourd pas spontanément ou ne sourd qu'en très petite quantité et, pour lui donner franchement issue, il faut pénétrer dans un petit trajet qui part de l'alvéole, traverse la mâchoire et aboutit dans le cou à la formation phlegmoneuse ; ce trajet, on le trouve d'ordinaire assez facilement, sans la moindre effraction, à l'aide d'un

1. Pierre Sebileau. — Réponse à une présentation de Chaput. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XLII, n° 33, p. 2003, chez Masson, Paris, 1917.
2. Henri Chaput. — « Abcès dentaire ». *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XLII, n° 33, p. 2000, chez Masson, Paris, 1917.
3. Auguste Broca. — *Eodem loco*, p. 2004.

petit crochet explorateur mousse, comme celui avec lequel on cherche l'antre mastoïdien au cours de la trépanation mastoïdienne ; 2 fois sur 12, enfin, l'extraction de la dent ne provoque pas d'écoulement de pus et le cathétérisme du fond de l'alvéole n'y découvre aucun orifice ; mais si, dans ce cas, l'on vient à inciser le phlegmon par dehors (incision cutanée, incision cervicale) ou bien par dedans (incision muqueuse, incision buccale), toujours alors, en se donnant la peine d'explorer le foyer avec attention, on découvre le maxillaire inférieur dénudé sur une plus ou moins grande étendue ; il m'est même arrivé de pénétrer, par l'extérieur, dans l'étroit trajet dont je parlais plus haut.

***

B. *Comment se développent les phlegmons sous-maxillaires odontopathiques.* — Que sont donc ces ostéo-phlegmons et comment se produisent-ils ? Ce serait une erreur de croire qu'ils consistent en une simple participation du corps de l'os et du périoste qui le recouvre au processus d'ostéite parti de la paroi alvéolaire. Il s'agit ici, en réalité, de véritables suppurations alvéolaires émigrées de l'alvéole vers le cou à la faveur d'une perforation spontanée de l'os : ce sont des abcès térébrants. Ils sont d'abord intra-alvéolaires, puis intra-osseux ; ils deviennent ensuite sous-périostés et finissent extrapériostés, provoquant autour d'eux une cellulite plus ou moins étendue, une sorte de périmandibulite phlegmoneuse qui fait croire à un adéno-phlegmon. Les plus gros et les plus larges phlegmons sous-maxillaires d'origine dentaire ne reconnaissent pas d'autre mécanisme que celui par lequel se forment ces foyers inflammatoires circonscrits qu'on dénomme abcès paravestibulaires, et dont quelques-uns, les plus petits, dépassent à peine le volume d'un grain de chènevis.

Quand du pus s'est formé dans un alvéole dentaire, il émigre de cet alvéole, soit en suivant les canaux de la dent (voie canaliculaire), soit en s'insinuant, le long du ligament, entre le cément et la paroi alvéolaire (voie ligamentaire), soit en perforant la paroi alvéolaire elle-même (voie transalvéolaire). Si la térébration de l'alvéole se produit à la hauteur de l'étage supérieur de la mâchoire, il se forme un abcès paravestibulaire avec ouverture buccale ou cutanée (ordinairement buccale) ; si, au contraire, la térébration se produit à la hauteur de l'étage inférieur, il se forme un véritable phlegmon sous-maxillaire et une des trois éventualités suivantes se produit : *a*) perforation de la table externe avec formation d'un abcès périmandibulaire externe ; *b*) perforation de la table interne avec formation d'un abcès

périmandibulaire interne ; *c*) perforation du bord basal avec formation d'un abcès sous-mandibulaire.

Entre toutes ces complications inflammatoires locales de l'infection pulpaire ou alvéolaire, il n'y a qu'une question de siège et de virulence, non une question de nature ; toutes ne sont que des suppurations alvéolaires extériorisées, des abcès osseux accompagnés, suivant les cas, d'une cellulite plus ou moins étendue. Ce ne sont jamais des adéno-phlegmons.

* * *

C. *La signification du trismus dans les phlegmons sous-maxillaires odontopathiques.* — Toutes les ostéo-périostites mandibulaires, mais particulièrement les ostéo-périostites basses, avec phlegmon périosseux, ont un symptôme commun : le trismus. Ce trismus, d'autant plus précoce et intense que les lésions se rapprochent davantage de l'alvéole de la dent de sagesse et du segment angulaire de la mâchoire, est également en rapport avec l'intensité du processus inflammatoire. Cela serait une erreur de croire qu'il fait entièrement et constamment défaut dans les adéno-phlegmons purs [1] de la région sous-maxillaire et de la région rétro-angulo-maxillaire ; mais il n'y prend jamais une pareille force, et c'est à juste raison que les classiques le donnent comme un signe différentiel de valeur entre l'ostéo et l'adéno-phlegmon. *On observe particulièrement le serrement des mâchoires,* écrivait Chassaignac, *dans cette variété d'abcès odontopathiques qui coïncide avec l'éruption de la dent de sagesse et s'accompagne si souvent de lésions osseuses* (*caries, nécroses, fistules*). Eh bien ! qu'on examine tous ces malades prétendûment atteints d'un adéno-phlegmon d'origine dentaire et que je crois, moi, atteints en réalité d'une ostéo-périostite phlegmoneuse, et l'on verra que ce trismus ne fait jamais défaut chez eux : c'est une nouvelle preuve, une preuve clinique, à ajouter aux preuves anatomiques que j'ai données plus haut de la nature osseuse de tous ces phlegmons périmandibulaires odontopathiques.



D. *Les trois variétés du phlegmon sous-maxillaire odontopa-*

1. Il existe, évidemment, des adéno-phlegmons sous-maxillaires purs, sur le diagnostic desquels il n'y a pas d'erreur à commettre (adénopathies tuberculeuses réchauffées, adénopathies consécutives à des infections de la peau, de la face, de la muqueuse des gencives, des lèvres et de la joue. Ce sont ces cas qu'il faut prendre comme type de comparaison.

thique. — J'ai déjà dit que, selon le point du maxillaire inférieur où se fait la térébration de l'alvéole (face extérieure, face intérieure, bord inférieur), l'ostéo-phlegmon se présente sous des formes un peu différentes. A vrai dire, il conserve les mêmes caractères cliniques, mais il ne frappe pas les mêmes régions, et cela n'a pas peu contribué à envelopper son histoire d'obscurité.

Etant donné qu'on a, jusqu'à ce jour, considéré ces ostéo-phlegmons comme des adéno-phlegmons, on n'a pu expliquer leurs variétés cliniques que par les dispositions topographiques de l'appareil lymphatique dans lequel on les localisait par erreur : c'est ainsi qu'on a décrit des adéno-phlegmons odontopathiques antérieurs ou sous-mentaux ; des adéno-phlegmons odontopathiques latéraux ou sous-maxillaires ; des adéno-phlegmons odontopathiques postérieurs ou sous-angulo-maxillaires. Toutes ces variétés d'anéno-phlegmons existent bien, en effet, mais pas en tant que complication de la pulpite ou de l'arthrite alvéolo-dentaire. Dans le cas de celles-ci, la chose qui fait varier le siège du processus phlegmoneux, c'est, je le répète, le point où se fait la perforation de l'os et pas autre chose. Avant tout, c'est évidemment le siège de la dent malade qui commande la distribution topographique du phlegmon ; mais, pour une même dent, ce phlegmon peut apparaître et, par conséquent, présenter son maximum d'intensité, soit en dehors, soit en dedans, soit en dessous de la mâchoire.

1° L'OSTÉO-PHLEGMON EXTERNE. — C'est le plus commun. Il fait en même temps saillie dans la région sous-maxillaire et dans le vestibule de la bouche. Il n'efface pas toujours, ne soulève même pas toujours le cul-de-sac gingivo-jugal au fond duquel on perçoit plus ou moins nettement, selon les cas, un empâtement profond ; en comprimant, même légèrement, dans le vestibule de la bouche, la face externe de la mâchoire, particulièrement sur le rempart alvéolaire de la dent infectée, on provoque ordinairement une douleur vive ; là, d'ailleurs, la muqueuse est toujours rouge, souvent tuméfiée et œdémateuse. Le pus de ces ostéo-phlegmons, selon la hauteur de l'os où la perforation s'est opérée, s'oriente soit vers la bouche (cul-de-sac gingivo-jugal), soit vers l'extérieur (région sous-maxillaire haute). Bien des fois, j'ai vu la suppuration décoller le périoste et se faire jour dans la bouche, autour du collet de la dent, par la sertissure de la gencive.

Cette variété externe de l'ostéo-phlegmon odontopathique, à la condition qu'elle ne descende pas trop bas dans le creux sous-maxillaire, est la seule que les chirurgiens — et encore pas toujours ! — reconnaissent pour être de l'ostéo-périostite.

2° L'OSTÉO-PHLEGMON INTERNE. — Je crois bien, sans en être absolument sûr, que c'est mon maître, le professeur A. Verneuil [1] qui, le premier, a donné comme un signe caractéristique de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire (opposé à l'ostéo-périostite) le soulèvement et l'infiltration œdémateuse du plancher de la bouche. Ce signe est devenu classique ; on le retrouve dans tous les traités de diagnostic chirurgical [2]. Et pourtant, il est faux. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner un cas pur, une adéno-périadénite sous-maxillaire tuberculeuse chaude, par exemple, ou encore un adéno-phlegmon sous-maxillaire consécutif à une ulcération infectée de la moitié antérieure de la langue, quelque chose, enfin, où il n'y ait à incriminer ni os, ni périoste. Eh bien ! dans tous ces cas, qui sont de véritables cas témoins, l'on voit toujours le processus phlegmoneux infiltrer la région sous-maxillaire en surface, non en profondeur, bomber vers les téguments et non vers la bouche. Quand on explore ces péri-adénites par le toucher bidigital, on se rend bien compte que le tissu sous-muqueux du plancher de la bouche a gardé toute sa souplesse, alors que le tissu cellulaire sous-cutané s'est déjà laissé pénétrer par la dureté de l'œdème inflammatoire. Il est impossible, d'ailleurs, qu'il en soit autrement. Les ganglions sous-maxillaires, en effet, sont superficiels et non pas profonds ; ils ne sont pas au-dessous de la glande sous-maxillaire, mais, bien au contraire, au-dessus d'elle ; ils sont près de la peau, dont les sépare seulement la mince aponévrose superficielle, et non près de la muqueuse, dont les sépare toute l'épaisseur du corps glandulaire [3]. Quand ils sont malades et hypertrophiés, on les tâte et on les sent dans le cou plutôt que dans la bouche. Quand ils suppurent et évacuent leur contenu, c'est toujours en dehors qu'ils se vident, et jamais en dedans.

L'œdème, l'infiltration, le bombement du plancher de la bouche ne sont donc pas le fait de l'adéno-phlegmon sous-maxillaire ; ils sont le fait de l'ostéo-phlegmon interne. De même que dans les cas où, la perforation alvéolaire se faisant sur la face externe de l'os, l'ostéite de cette face externe entraîne l'état phlegmoneux des tissus mous qui sont en rapport avec elle (couches superficielles de la région sous-maxillaire), de même, dans les cas où la perforation alvéolaire se fait sur la face interne de

1. VERNEUIL. — « Adéno-phlegmon sus-hyoïdien et périostite du maxillaire inférieur ». *Bulletin médical*, 1888, n° 35, p. 583.

2. S. DUPLAY, E. ROCHARD et A. DEMOULIN. — *Manuel de diagnostic chirurg.*, 1er f., p. 285, chez O. Doin, Paris, 1895.

3. Voir sur ce point la thèse de mon élève HENRI MEYER. « Topographie des ganglions des régions sous-maxillaire et parotidienne ». *Thèse de Paris*, 1913.

l'os, l'ostéite de cette face interne entraîne l'état phlegmoneux des tissus mous qui sont en rapport avec elle (couches profondes de la région sous-maxillaire). Lorsqu'on a triomphé du trismus, qui, je le répète, accompagne toujours ces formations phlegmoneuses, rien n'est plus facile que de sentir, le long de la branche horizontale de la mâchoire, d'ailleurs tuméfiée et douloureuse à la pression, cette bande d'induration et d'épaississement qui s'étend quelquefois sur une grande étendue du plancher buccal. Ces abcès sous-maxillaires, livrés à eux-mêmes, se vident toujours dans la bouche, soit en perforant la muqueuse du plancher, sous la langue, non loin de la face interne de la mâchoire, soit en décollant le périoste et en venant se faire jour au droit du collet de la dent, dans la sertissure gingivale, ce qui est fréquent.

L'existence de ces ostéo-phlegmons internes explique comment on peut lire, dans les descriptions classiques des adéno-phlegmons sous-maxillaires, que ceux-ci s'ouvrent, selon les cas, soit à la peau, soit à la muqueuse, et qu'on peut, suivant les cas, les inciser soit sur le cou, soit dans la bouche. C'est là une erreur : les vrais adéno-phlegmons sous-maxillaires sont toujours à évolution extérieure et comportent toujours une incision extérieure.

3° L'OSTÉO-PHLEGMON INFÉRIEUR. — Quand les lésions d'ostéite, parties de l'alvéole d'une molaire infectée, aboutissent à une térébration du bord inférieur de la mâchoire, c'est un abcès sous-mandibulaire qui se produit ; le processus phlegmoneux évolue alors dans la partie haute du cou, respectant presque complètement l'étage inférieur de la face. Il ressemble beaucoup à un véritable adéno-phlegmon sous-maxillaire. Pratiqué par l'orifice de la bouche, l'examen par la vue et par le palper ne découvre aucune tuméfaction, ne provoque presque aucune douleur sur la face externe de la mâchoire, à moins qu'on ne déprime beaucoup le fond du cul-de-sac vestibulaire et qu'on n'arrive à comprimer ainsi la portion la plus basse de cette face externe.

Le trismus, une sorte de fusion entre la mâchoire et la masse inflammatoire permettraient, malgré tout, de faire le diagnostic, s'il était à faire ; mais, je le répète, dès l'instant que le phlegmon est certainement d'origine dentaire, la question est, par là même, tranchée : c'est d'un ostéo-phlegmon qu'il s'agit. Ces abcès sous-mandibulaires s'ouvrent toujours à l'extérieur ; jamais ils n'évoluent vers le cul-de-sac gingivo-génien.

Lorsqu'ils dépendent d'une lésion siégeant sur le segment postérieur du bord basal de la mâchoire, ainsi que cela peut arriver à l'occasion des pulpo-alvéolites de la dent de 12 ans et surtout à l'occasion des lésions de la dent de sagesse, ils se localisent encore plus en arrière, au pourtour de l'angle mandibulaire, et

ne sont pas alors sans ressembler beaucoup à l'adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire. Cet adéno-phlegmon sous angulo-maxillaire n'est pas un phlegmon du département sous maxillaire, mais bien un phlegmon du département jugulo-carotidien ; il se développe autour de ce ganglion qui occupe, un peu en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, la place où la veine faciale antérieure débouche de la glande sous-maxillaire et la veine faciale postérieure de la glande parotide. Des ulcérations de la langue, des amygdales et du département postérieur des joues ou des gencives peuvent engendrer l'adéno phlegmon sous-angulo-maxillaire, comme des ulcérations des lèvres ou du vestibule nasal peuvent engendrer l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. Mais, en temps qu'abcès odontopathique, le phlegmon qui siège sous l'angle de la mâchoire est, comme le phlegmon qui siège sous le bord inférieur de celle-ci, un ostéo-phlegmon. Il y a cependant ici une difficulté nouvelle, venue de la dent de sagesse. En effet, cette dent ne provoque pas seulement des accidents par les lésions de pulpite ou de radiculite dont elle peut, comme les autres dents, être atteinte ; elle en provoque encore par les lésions des parties molles que son éruption peut engendrer ; aussi, pour ce qui la concerne, le diagnostic se pose-t-il quelquefois réellement, quoique exceptionnellement, entre l'ostéo-phlegmon consécutif aux infections de la dent ou de l'alvéole et l'adéno-phlegmon consécutif aux ulcérations de la gencive [1]. J'attache ici encore une très grande importance au trismus qui, dès l'instant qu'il est très violent, commande pour ainsi dire le diagnostic de complication osseuse.



Comment il faut traiter les phlegmons sous-maxillaires odontopathiques. — Je voudrais, à propos du traitement des ostéo-phlegmons odontopathiques, résumer ici en quelques propositions la longue expérience que j'ai de cette pathologie des mâchoires.

---

1. E. Chassaignac (p. 207) avait bien isolé cette espèce sous-angulo maxillaire des abcès odontopathiques. Autant qu'on en peut juger par la description vraiment très confuse qu'il en a donnée, il semble bien que l'illustre auteur du *Traité pratique de la Suppuration* en reconnaissait deux variétés. Quand il parle « d'ulcération de la gencive, de rétention de pus dans un cul-de-sac de la gencive étranglée, du confluent ganglionnaire qu'offre la partie latérale du cou subjacente à l'angle mandibulaire » (p. 178), il parle évidemment d'*adéno-phlegmon* ; mais quand il écrit que les accidents inflammatoires peuvent aller jusqu'à la carie, la nécrose avec fistules multiples et prolongation indéfinie des accidents (p. 207) et que ces accidents sont surtout remarquables par le « resserrement des mâchoires » qu'ils provoquent, c'est évidemment l'*ostéo-phlegmon* qu'il vise ainsi.

Première proposition : TOUTES LES OSTÉO PÉRIOSTITES MANDIBULAIRES SONT D'ORIGINE DENTAIRE. — Les chirurgiens « généraux » méconnaissent cette vérité ; tout au moins la négligent-ils en pratique. Je ne puis dire combien sont fréquentes sur ce point les erreurs de diagnostic. On se trompe, soit en prenant une ostéo-périostite pour un adéno-phlegmon, soit, au cas où l'on diagnostique une ostéo–périostite, en considérant celle ci comme une ostéo périostite primitive. Sauf quelques ostéomyélites diffuses de l'enfance (encore y aurait-il sur cette question matière à discuter), les ostéomyélites mandibulaires doivent pratiquement toujours être considérées comme des ostéomyélites d'origine dentaire. Il n'y a pas, en effet, ici, que la carie dentaire à incriminer : il y a encore les arthrites alvéolo-dentaires, la dent de sagesse, les dents incluses.

Les chirurgiens ont, de vieille date, un certain mépris pour la dent ; ils ont tort. Voici deux faits récents. — Un chirurgien distingué pratique sur une jeune femme, dans le but de la guérir d'une « ostéomyélite diffuse », une longue et profonde incision tégumentaire sur chaque branche horizontale de la mâchoire inférieure. Mais le gonflement ne diminue pas. La malade souffre et se plaint. Son état local s'aggrave. On n'examine pas ses dents. Elle m'est adressée. A droite et à gauche, les molaires et les prémolaires, saines les unes et les autres, mais tout à fait ébranlées, baignent dans une mare de pus fétide ; les gencives sont énormes ; les parois interalvéolaires sont détruites ; du pus se répand en abondance dans la bouche. Il suffit de cueillir dix dents, que plus rien d'ailleurs ne retient à la mâchoire, de réunir d'un coup de curette tous les alvéoles, d'extraire quelques séquestres alvéolaires et tout rentre dans l'ordre : l'ostéomyélite était une ostéite nécrosante engendrée par une poly-pyoarthrite alvéolo-dentaire aiguë et grave. — Autre cas : un chirurgien jeune et instruit, à la faveur d'une longue incision faciale basse, fait une large trépanation du maxillaire inférieur pour guérir une ostéomyélite primitive. Le patient suppure pendant près de trois mois. On me l'adresse. La dent de sagesse n'est pas encore complètement sortie ; un capuchon de gencive la recouvre en partie ; elle branle dans son alvéole où il y a du pus. La dent de 12 ans et la dent de 6 ans, saines l'une et l'autre, mais déracinées par la trépanation extérieure, oscillent dans leur cavité. Il n'y eut qu'à extraire ces trois dents et le malade guérit en quelques jours : l'ostéomyélite primitive était une simple ostéite due à l'infection de l'alvéole de la dent de sagesse.

J'ai vu beaucoup de choses pareilles. On ne saurait trop y réfléchir.

Deuxième proposition : TOUTE OSTÉITE MANDIBULAIRE COMMANDE L'EXTRACTION SANS DÉLAI DE LA DENT MALADE. — Les phlegmons périmandibulaires odontopathiques se terminent presque toujours par la suppuration. Pour les phlegmons de l'étage supérieur (phlegmons para-alvéolaires), cette suppuration tend à se frayer une voie vers la muqueuse ; pour les phlegmons de l'étage inférieur (phlegmons parabasilaires), elle tend à se frayer une voie vers la peau. En pratique, les premiers vont au dentiste, les seconds au chirurgien. On peut donc dire, d'une manière générale, que, livrés à eux-mêmes, la plupart des phlegmons périmandibulaires qui sont de notre ressort, à nous, chirurgiens, s'ouvrent à l'extérieur [1]. E. Jalaguier, lorsque j'étais interne de Verneuil, m'apprenait que, pendant plusieurs jours, ils restent durs et profonds ; qu'une grosse épaisseur de tissus infiltrés sépare le foyer inflammatoire des téguments ; que ce foyer est enveloppé d'une sorte d'œdème résistant où les doigts trouvent la sensation trompeuse d'une fluctuation qui conduit souvent à une incision prématurée. Tout cela est bien vrai.

C'est donc par l'incision cutanée qu'il est classique de traiter les phlegmons périmandibulaires de caractère chirurgical, et cela est naturel puisque la grande majorité d'entre eux, je le répète, évoluent naturellement vers la peau. Sur le moment où il convient d'inciser (*ouverture prématurée, ouverture à maturité, ouverture tardive*) et sur la manière dont il faut inciser (*ouverture exiguë, ouverture large*) les chirurgiens diffèrent d'opinion, mais la tradition est qu'il ne faut pas, tant que durent les manifestations inflammatoires, pratiquer l'extraction de la dent infectée. L. Gosselin ayant pratiqué sur une de ses patientes l'avulsion de la « *dent point de départ de la maladie* », mettait presque une certaine coquetterie à s'en excuser : « *Si j'ai conseillé, disait-il, à cette femme l'arrachement, ce n'était pour la guérir ni de l'abcès, ni de ses conséquences, c'était seulement pour la mettre à l'abri du même accident* » (p. 358). C'est, en effet, parmi les médecins et les chirurgiens, une tradition très ancienne et par conséquent une tradition très forte, qu'il convient de respecter une dent entourée d'ostéopériostite. Voilà près de vingt ans que j'enseigne la gravité de cette erreur ; pourtant, elle a cours encore et engendre des désastres. A la vérité, les dentistes ont déjà, pour la plu-

1. Il faut cependant faire exception pour les processus inflammatoires qui se développent autour de la face interne de la mâchoire ; ceux-ci, comme je l'ai déjà dit, finissent, la plupart du temps, par aboutir à la bouche, soit que le pus perfore la muqueuse du plancher tout contre l'os, soit que, tout simplement, il décolle le périoste et vienne s'écouler entre l'os et le feston gingival.

part [1] [2] [3], fait justice de ce préjugé. Malheureusement, cette extraction, que la grande majorité d'entre eux n'hésite plus à appliquer aux complications phlegmoneuses qui se développent autour de la superstructure de la mâchoire inférieure, dans la région du cul-de-sac gingivo-jugal, complications qui sont proprement stomatologiques et ont presque toujours une allure bénigne, cette extraction, dis-je, l'expérience m'a appris que les dentistes ne l'appliquent pas, en réalité, à ces mêmes complications quand elles se développent autour de l'infrastructure de la mâchoire inférieure, dans la région sous-maxillaire, devenant ainsi proprement chirurgicales et affectant alors une allure plus sévère. Cela tient à deux choses : d'abord à ce que, pour de pareils cas, le trismus rend presque toujours impossible l'extraction de la dent malade sans que le malade soit soumis à l'anesthésie générale ; ensuite à ce que les dentistes sont ici dominés par la crainte des complications et hantés par le souvenir des septicémies ou septico-pyohémies qu'on a pu observer quelquefois au cours des suppurations alvéolo-dentaires et qu'ils craignent, le cas échéant, de voir imputer à leur intervention.

L'extraction de la dent malade s'impose donc au même titre que, dans un foyer quelconque de suppuration, l'extraction du corps étranger qui en a provoqué la formation ; elle est la première mesure à prendre. Evidemment, elle n'arrive pas, dans tous les cas, à prévenir les accidents locaux (formations séquestrales) ou généraux (septicémie) qui terminent quelquefois les phlegmons odontopathiques ; mais par contre, comme dit Dunogier [4], il est hors de bon sens de lui attribuer ces accidents.

Troisième proposition : LA SEULE EXTRACTION DE LA DENT MALADE EST SOUVENT UNE MESURE SUFFISANTE. — L'avulsion de la dent infectante ne doit pas seulement être pratiquée dans tous les cas ; elle doit encore être pratiquée le plus tôt possible. Que d'ostéo-plegmons graves seraient évités si, dès la première heure, on faisait sauter le corps étranger autour duquel ils se développent ! Mais à aucun moment il n'est trop tard pour pratiquer cette avulsion qui, je le répète, est la nécessité même ; au

---

1. LÉON FREY, GEORGES LEMERLE. — *Pathologie des Dents et de la Bouche*, 3e éd., p. 350, chez J.-B. Baillière, Paris, 1918.

2. JULES CHOMPRET. — Traduction de l'*Atlas manuel des maladies de la Bouche et des Dents*, édit. franç., p. 318, chez J.-B Baillière, Paris, 1905.

3. LEBEDINSKY. — In *Traité de Stomatologie*, t. V, p. 22, chez J.-B. Baillière, Paris, 1911.

4. DUNOGIER. — « Etrange préjugé sur l'extraction des dents dans le périoste alvéolo dentaire suppuré ». *Soc. med. du IXe arrond. de Paris*, séance du 11 mai 1912.

début, elle prévient le phlegmon ; un peu après, elle l'arrête ; plus tard, elle l'ouvre.

Systématiquement, tous les chirurgiens traitent par l'incision cutanée, exceptionnellement par l'incision buccale, ces formations phlegmoneuses périmaxillaires qu'ils prennent pour des adéno-phlegmons. C'est là une faute. Dans un grand nombre de cas, l'avulsion dentaire suffit à les ouvrir et même à les drainer. Dès que la dent a quitté l'alvéole, le pus vient en abondance ; il suffit, les jours suivants, de pratiquer, deux ou trois fois par jour, l'expression du foyer sous-maxillaire ; le malade se charge lui-même de cette petite manœuvre qu'il accomplit ordinairement avec une méthode et une douceur pleinement efficaces. Il arrive assez souvent qu'au moment de l'extraction de la dent, le pus ne vient pas par l'alvéole ou du moins ne vient par elle qu'en trop petite quantité ; dans ces cas, je cherche dans le fond même de la cavité, avec un crochet, un explorateur ou un excavateur de dentiste, le trajet que le pus s'y est frayé vers la région sous-maxillaire et qu'il est ordinairement facile de trouver. Le simple passage de l'instrument dans ce petit tunnel osseux est suivi d'une abondante évacuation.

Par la simple alvulsion dentaire, à condition qu'on en surveille les suites, on guérit, dans un grand nombre de cas ces gros ostéo-phlegmons périmandibulaires sur la nature desquels on se trompe depuis si longtemps. Quelquefois cependant, cette mesure thérapeutique est insuffisante, soit qu'on l'applique trop tard [1], alors que la suppuration a déjà altéré les téguments, soit que le drainage par l'alvéole ne s'effectue pas d'une manière suffisante ; alors l'incision chirurgicale s'impose. Suivant les cas, il convient de la pratiquer sur la muqueuse ou sur la peau. En principe, on doit inciser là où le phlegmon s'est spontanément orienté. Les ostéo-phlegmons internes évoluent toujours vers la bouche. Au lieu de les ouvrir par section, quand l'avulsion dentaire s'est montrée inefficace, je les ouvre ordinairement en décollant le périoste au voisinage de l'alvéole infecté ; on pénètre ainsi très facilement et à peu de frais dans leur cavité.

(*Presse médicale*, 16 mars 1921.)

---

1. Dans mon service, pour les besoins de la démonstration, je m'applique même à ne pas ouvrir chirurgicalement des phlegmons arrivés à la période de collection superficielle et à les traiter, ce qui est souvent suffisant, par la simple évacuation alvéolaire suivie d'expression. (*Presse médicale*, 16 mars 1921).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE STRASBOURG[1]

Section d'Odontologie (14e section) (*Suite et fin*).

II. — Divers systèmes d'appareils de fixation pour dents branlantes, par M. Paul Spira.

M. Spira donne lecture de cette communication (v. p. 427).

Discussion.

M. Vichot dit que tous les praticiens savent combien leurs efforts sont désespérants pour soigner la pyorrhée. A cet égard, les procédés de consolidation de M. Spira rendront des services.

M. Roy considère les moyens indiqués par M. Spira comme une partie importante du traitement de la pyorrhée.

M. de Croës signale qu'il plaçait des appareils à peu près semblables entre les dents.

M. Vichot félicite M. Spira de sa communication, car son procédé a donné des résultats qu'il a pu présenter après une longue pratique. Les dentistes ont grand intérêt à connaître ces procédés, qui sont des plus utiles dans le traitement de la pyorrhée. Il serait bon de mettre cette question à l'ordre du jour d'un Congrès. Il propose de désigner un rapporteur pour rapporter cette question au Congrès de 1921 qui doit avoir lieu à Rouen.

M. Roy a l'intention de présenter dans quelque temps une étude sur le traitement de la pyorrhée sans avoir de date pour cette publication. Il préférerait réserver ce travail pour un Congrès international où il voudrait que cette question fût présentée par des Français ; il aimerait donc mieux qu'elle ne fût pas discutée à Rouen.

M. Godon pense que, si la question est traitée à Rouen, cela permettra d'autant mieux de la porter devant un Congrès international.

M. Roy dit que, sous ces réserves, il accepte de présenter à Rouen,

1. V. *Odontologie*, août, septembre, octobre, décembre 1920, février, mars, avril, mai et juin 1921.

un travail sur le traitement de la pyorrhée. L'exposé serait assez long et la discussion assez longue ; il faudrait donc y consacrer une séance tout entière.

M. Vichot est heureux de remercier M. Spira d'avoir soulevé cette question.

III. — L'ANGLE FACIAL COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC EN ORTHOPÉDIE DENTO-MAXILLO-FACIALE, PAR M. Georges VILLAIN.

M. G. Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet.

DISCUSSION.

M. Godon croit nécessaire d'insister sur cette communication. Une mère lui disait que sa fille était moins bien après le redressement qu'avant. Elle ne s'occupait que de la physionomie esthétique, qu'on ne peut rétablir qu'en tenant compte de ces diverses considérations.

M. Pont estimait, ne connaissant pas le titre de la communication de M. G. Villain, qu'il y avait lieu de reviser la classification d'Angle, parce que cet auteur a des idées trop exclusives ; il n'a pas tout vu : il faut donc compléter ce qu'il a dit.

Les malpositions dentaires doivent être classées au point de vue étiologique. Quand une malade boîte, on en recherche la cause. De même, si, au lieu de dire : 2e *classe d'Angle*, on indique exactement ce qu'a le sujet, on saura nettement ce qu'il faudra faire. Les trois choses sont : l'étiologie, le diagnostic et le traitement. Quand Angle dit qu'il ne faut pas faire d'extraction, il est trop absolu. Angle dit aussi que la nature ne peut pas faire d'erreur ; c'est inexact : il a vu, pour sa part, des anomalies inexplicables. La nature peut mettre des dents trop grandes dans un maxillaire trop étroit.

M. G. Villain ne croit-il pas qu'avec une bonne photographie de profil et un rapporteur on pourrait tracer les lignes verticale et horizontale, au lieu de recourir au plan de Gamper ? Ces photographies doivent être prises toujours sur la même échelle pour qu'elles soient superposables et comparables.

M. G. Villain répond qu'il est vrai que la classification devrait être étiologique, et qu'il a essayé de rassembler des cas, mais qu'il n'en a pas encore assez.

En tout cas, l'angle facial s'établit avec une très grande facilité.

M. Vichot dit que la communication de M. G. Villain avait sa place toute marquée dans le Congrès. M. G. Villain entreprend la revision de la classification d'Angle et il a tout à fait raison.

IV. — Couronnes Crochets. Leur utilisation en prothèse (appareils et bridges amovibles), par M. Henri Villain.

M. H. Villain donne lecture de cette communication, qui a été publiée dans l'*Odontologie* du 30 septembre 1920.

V. — Les gingivo-stomatites métalliques chez les ouvriers et ouvrières des usines de guerre, par M. Robert Morche.

Le temps ne permet pas de donner lecture de cette communication.

La séance est levée à 6 heures en raison de la séance de clôture du Congrès, fixée à 6 heures à l'Aula du Lycée Fustel de Coulanges.

Séance de clôture.

Le vœu émis par la 14e section touchant l'appui de la proposition de loi sur l'inspection et le traitement dentaires des enfants des écoles primaires est approuvé.

M. Roy est délégué pour 3 ans au Conseil de l'Association et aux subventions.

(Ces deux décisions sont les seules intéressant la Section d'Odontologie).

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

(1er-6 *août*).

Programme général provisoire du congrès.

Le Comité local, d'accord avec la Commission de préparation du Congrès de Rouen, a soumis au Conseil, qui l'a approuvé, le programme provisoire suivant pour le Congrès de Rouen :

Lundi 1er août.

11 h. — Séance d'ouverture au Théâtre des Arts.
14 h. 30. — Ouverture des séances de sections.
16 h. — Assemblée générale (grande salle du Lycée).
17 h. — Visite de la ville.
21 h. — Réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 2 août.

8 h. 30. — Séances de sections.
10 h. 30. — Visite des monuments et musées.

14 h. 30. — Séances de sections.

17 h. — Excursion à Bonsecours (100 personnes).

Visite du port (50 personnes)

Visite de la ville.

21 h. — Conférence proposée : M. G. CLAUDE. — *La synthèse de l'ammoniaque.*

Mercredi 3 août

8 h. 30. — Séances de sections.

10 h. 30. — Visite des monuments et musées.

14 h. 30. — Séances de sections.

Visites d'usines, de filatures, de tissages de bretelles, de la Station centrale d'électricité, des Chantiers de constructions de Normandie, de la Porcherie Lavoine, de l'usine de la Compagnie nationale des matières colorantes et produits chimiques.

Jeudi 4 août (Excursion générale).

8 h. 30. — Départ de Rouen.

10 h. — Arrivée à Barentin ; visite de filatures ; départ de Barentin pour Duclair (déjeuner).

2 h. — Départ pour Le Trait ; visite du Chantier de constructions navales et d'une cité nouvelle.

4 h. 30. — Départ pour Saint-Wandrille ; visite de l'abbaye de Saint-Wandrille et de l'usine Latham ; retour à Rouen pour dîner.

Vendredi 5 août.

8 h. 30. — Séances de sections.

10 h. 30. — Visite des monuments.

14 h. 30. — Séances de sections ; visite du Barrage de Poses (en automobile, 25 personnes) ; visite du château de Clères ; visite du Jardin des Plantes.

21 h. — Conférence proposée : M. BRÉGUET. — *L'Aviation d'hier et de demain* (avec cinématographe sur l'histoire de l'aviation).

Samedi 6 août.

10 h. 30. — Visite des monuments et musées.

14 h. 30. — Séances de sections.

16 h. — Assemblée générale dans la grande salle du Lycée.

Dimanche 7 août (Excursion générale).

Départ de Rouen pour Beauvais (déjeuner et visite de la ville) ; départ pour Amiens (visite de la ville, dîner, coucher).

Lundi 8 août.

D'Amiens, par Montdidier, Roye, Lassigny, on gagne Compiègne, où a lieu la dislocation.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Les membres de l'Association qui désirent assister au Congrès de Rouen sont instamment priés d'en aviser le plus vite possible le Secrétaire du Comité local, M. Laurent, 18, rue Charles Lenepveu, Rouen, en lui retournant le questionnaire qui leur a été adressé, le Comité local ayant besoin de connaître le nombre approximatif des Congressistes pour régler certains détails et établir le prix des excursions.

FRAIS DE SÉJOUR.

M. le Proviseur du Lycée de Rouen offre de coucher et de nourrir les Congressistes au prix de 13 francs par jour.

Le nombre des Congressistes pouvant bénéficier de l'hospitalité du Lycée de Rouen étant limité à 150, le Secrétariat inscrira les demandes dans l'ordre de leur arrivée et clôturera la liste quand le nombre sera atteint.

LISTE DES RESTAURANTS DE ROUEN

RESTAURANTS	ADRESSES	PRIX DU DÉJEUNER	PRIX DU DINER
BRASSERIE NATIONALE	rue de la République	*Restaurant à la Carte*	
BRASSERIE OMNIA	place de la République	*Avec boisson* 8 fr.	*Avec boisson* 8 fr.
BRASSERIE PAUL	rue Grand-Pont	*Sans boisson* 6 fr.	*Sans boisson* 6 fr.
DE LA CATHEDRALE	place de la Cathédrale	*Sans boisson* 8 fr.	*Sans boisson* 8 fr.
CHEZ ALBERT	rue des Charrettes	*Sans boisson* 9 fr.	*Sans boisson* 10 fr.
DE LA COUR-MARTIN	rue Grand Pont	*Avec boisson* 4 fr. 75	*Avec boisson* 4 fr. 75
DUFOUR	place Basse-Vieille Tour	*Restaurant à la Carte*	
DE L'ESCARGOT	rue des Charrettes	5 fr. *Avec cidre* 5 fr. 25 Avec vin rouge ; 5 fr. 50 Avec vin blanc	
DE L'OPÉRA	rue des Charrettes	*Avec boisson* 9 fr.	*Avec boisson* 9 fr.
DE PARIS	rue de la Grosse-Horloge	*Avec boisson* 4 fr. 35	*Avec boisson* 4 fr. 35
TERMINUS	rue Verte	*Sans boisson* 4 fr. 75	*Sans boisson* 4 fr. 75

LISTE ET PRIX DES HOTELS DE ROUEN

HOTELS	ADRESSES	Prix 1 chamb. 1 personne	Prix 1 chamb. 2 personnes	PETIT DÉJEUNER	DÉJEUNER	DINER
D'ANGLETERRE	Cours Boïeldieu	12 et 18 fr.	25 et 30 fr	3 fr.	*Sans boisson* 12 fr.	14 fr.
DE LA BARETTE	Place Carnot	7, 8 et 9 fr.	7, 8 et 9 fr	1 fr. 75	*Avec boisson* 5 fr.	6 fr.
DE BORDEAUX	Place de la République	7 fr.	9 fr.	1 fr. 75	*Avec boisson* 5 fr.	5 fr.
DE LA COURONNE	Place du Vieux-Marché	10 fr.	12 fr.	3 fr.	*Sans boisson* 9 fr.	10 fr.
DU CHAPEAU ROUGE	Rue Lafayette	7 et 8 fr.	7 et 8 fr.	1 fr. 75	*Avec boisson* 5 fr.	5 fr.
DE DIEPPE	Rue Verte	7, 8 10 et 12 fr.	12. 13, 16, 18, 20 fr.	2 fr. 50	*Sans boisson* 8 fr.	8 fr.
DU DÉPART	Rue Verte	8 fr.	10 fr.	2 fr.	*Sans boisson* 5 fr.	5 fr.
DE L'EUROPE	Rue Verte	8 et 9 fr.	10 fr.	2 fr.	*A la Carte*	
DE FRANCE	Rue des Carmes	10 à 20 fr.	15 à 25 fr.	2 fr 50	*Sans boisson* 8 fr.	8 fr.
DE LISIEUX	Rue de la Savonnerie	8 fr.	10 à 12 fr.	2 fr.	6 fr. 50 8 fr. 25	6 fr. 50 8 fr 25
MODERNE	Place Lafayette	8, 10, 12 fr.	8, 10, 12 fr.	1 fr. 75	*Avec boisson* 5 fr., 6 fr.	5 fr., 6 fr
DU NORD	Rue de la Grosse Horlog	A partir de 10 fr.	A partir de 16 fr.	3 fr.	*Sans boisson* 10 fr.	10 fr.
DE NORMANDIE	Rue du Bec	A partir de 8 fr.	A partir de 12 fr.	2 fr. 50	*Sans boisson* 7 fr.	8 fr.
DE LA POSTE	Rue Jeanne-d'Arc	A partir de 12 fr.	A partir de 25 fr.	3 fr. 50	*Sans boisson* 12 fr.	14 fr.
DE PARIS	Quai de Paris	Depuis 10 fr.	Depuis 15 fr.	3 fr.	*Sans boisson* 10 fr.	10 fr.
DE ROUEN DU COMMERCE	Rue du Bec	8 fr.	12 fr.	2 fr.	*Avec boisson* 6 fr.	6 fr.
DU QUAI DE PARIS	Quai de Paris	7 et 8 fr.	10 et 12 fr.	1 fr. 75 2 fr.	*Avec boisson* 6 fr. 50	6 fr. 50
VICTORIA	Rue Verte	9 et 10 fr.	12 et 15 fr.	2 fr 50	*Sans boisson* 6 fr. 50	6 fr. 50
PENSION LEMERCIER	Rue Beauvoisine	Pension complète 16 fr. par jour		1 fr. 75	*Avec boisson* 4 fr. 50	4 fr. 50

Transports par chemins de fer

Les Compagnies de chemins de fer n'ont pas cru devoir accorder de réduction aux congressistes.

Troisième liste d'adhérents.

MM. Dr Beltrami, Marseille.
Devoucoux, Paris.
N. Fay, Bruxelles.
Flamant, Fontainebleau.
Guinet, La Tour du Pin.
Guyon, Rouen.
Dr Hollande, Chambéry.
Infray, Rouen.
Dr S. Kritchevsky, Paris.
Layton, Bruxelles.
Lebrun, Paris.
Leroux, Rouen.

MM. Dr Lheureux, Rouen.
Pillon, Charenton.
Robin, Rouen.
Rodolphe, Paris.
Saras, Elbeuf.
Seimbille, Paris.
Dr Siffre, Paris.
Tireau, Paris.
Valette, Caen.
Weil, Paris.
Whitley, Rouen.
Wiriot, Le Havre.

Familles de congressistes inscrites.

Mme Guinet, La Tour du Pin.
Mme Deforges, Rouen.

Programme général de la Section d'odontologie.

Quartier général : Hôtel de France, rue des Carmes.

Dimanche 31 *juillet*, 21 heures : *Réception par le Comité local*. Champagne d'honneur, à l'Hôtel de France.

Lundi 1er *août*, 9 heures : Lycée de Rouen. Retrait des cartes de Congressistes, programmes et documents divers. — 11 heures : *Séance d'ouverture* : Théâtre des Arts. — 14 heures : *Assemblée générale de la Section* (salle de physique du Lycée) : 1° *Ouverture de la session*. Correspondance ; 2° *Constitution du Bureau* (2 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires adjoints) ; 3° *Allocution du Président* ; 4° *Séance de communications* : I. *Pyorrhée alvéolaire*. II. *Hygiène* (voir programme spécial). — 16 heures : *Assemblée géné-*

rale du Congrès. — 17 h. 30 : *Ouverture de l'Exposition des fournisseurs* (Infirmerie du Lycée). — 21 heures : *Réception à l'Hôtel de Ville.*

Mardi 2 août, 9 heures : *Séance de Démonstrations* (salle de dessin du Lycée) (voir programme spécial). — 14 heures : *Séance de Communications* (salle de physique). 1° *Foyers infectieux périapicaux* ; 2° *Pathogénie dentaire* ; 3° *Enseignement dentaire.* — 18 heures : *Excursion fluviale et dîner amical.*

Mercredi 3 août, 9 heures : *Séance de Démonstrations* (salle de dessin) (voir programme spécial). — 14 heures : *Séance de Communications* (salle de physique) : 1° *Prothèse* ; 2° *Anesthésie.* — 17 heures : *Election du Président de la Section pour* 1922. — 18 heures : *Assemblée des délégués de la F. D. N.* — 19 heures : *Banquet.*

Jeudi 4 août, Excursion générale : Départ à 8 h. 30 pour Barentin, Duclair, Le Trait (visite d'établissements industriels) et St-Wandrille (visite des ruines de l'Abbaye). Déjeuner à Duclair. Retour à Rouen pour dîner.

Vendredi 5 août, 9 heures. *Séance de Démonstrations* (salles de dessin et d'exposition) (Voir programme spécial). — 14 heures : *Séance de Communications* (salle de physique) : 1° *Orthodontie* ; 2° *Diverses* (voir programme spécial). — 21 heures : *Conférence* : l'Aviation d'hier et de demain.

Samedi 6 août, 9 heures. *Visite des Monuments et Musées.* — 14 heures : *Communications et Démonstrations diverses.* — 16 heures : *Assemblée générale de clôture.*

Dimanche 7 août. Excursion générale. Départ pour Beauvais (déj., visite de la ville). Départ pour Amiens (visite de la ville, dîner, coucher).

Lundi 8 août. Départ d'Amiens par Montdidier pour Roye, Lassigny et Compiègne, où a lieu la dislocation.

PROGRAMME SPÉCIAL DES SÉANCES DE COMMUNICATIONS ET DE DÉMONSTRATIONS

Communications.

Les séances de communications se tiendront au Lycée salle de physique.

Lundi 1er août, 14 heures. — 1° *Pyorrhée alvéolaire.*

M. le Dr B. Kritchevsky (Paris). — Traitement des pirochétoses (pyorrhée alvéolaire) par les préparations arsenicales.

M. Beauregard (Paris). — Quatre observations relatives à la prothèse dans le traitement de la pyorrhée.

M. le Dr Roy (Paris). — Pyorrhée alvéolaire.

M. Quintin (Bruxelles). — Traitement de la pyorrhée par une nouvelle méthode.

2° *Hygiène.*

M. le Dr Godon (Paris). — Hygiène dentaire publique. De la nécessité de créer en France dans les grandes villes des dispensaires spéciaux comprenant des services de traitement de dentisterie opératoire et de prothèse.

M. Pitot (Mons) — L'hygiène respiratoire du dentiste.

Mardi 2 août, 14 heures.

1° *Foyers infectieux périapicaux* (Question faisant l'objet d'un rapport spécial présenté au nom de la Société d'Odontologie).

M. le Dr Mendel Joseph (Paris). — 1° Contribution expérimentale à la pathogénie des adénites cervicales tuberculeuses dans leurs rapports avec la carie dentaire ; 2° Recherches expérimentales sur la virulence des streptocoques des infections périapexiennes.

M. Spira (Colmar). — Quelques considérations sur les traitements des racines et les foyers périapexiens avec radiographies.

M. Brille (Paris). — Accidents de kystes et rapports avec la radiographie.

M. le Dr Lévy (Strasbourg). — Les troubles dentaires de la grossesse.

M. P. Housset (Paris). — Rapport sur les infections périapicales et leurs relations avec l'état général des malades.

2° *Pathogénie dentaire. M. le Dr Chenet* (Paris). — Sur les accidents de l'incisive latérale supérieure.

M. A. Seimbille (Paris). — A. Stomatites et troubles trophiques. B. Quelques réflexions au sujet des trophonévroses.

M. le Dr Siffre (Paris). — La teneur en calcaire des dents cariées ou non cariées.

3° *Enseignement dentaire. M. le Dr Eudore Dubeau* (Montréal). — L'enseignement dentaire au Canada.

M. Eudlitz (Paris). — L'enseignement technique en 1re année de scolarité.

Mercredi 3 août, 14 heures. — 1° *Prothèse.*

M. Paul Jean (Dijon). — 1° Prise d'empreinte et d'articulation ; 2° méthode de S. T. Fripp. Modification apportée après un an de pratique.

M. Touvet-Fanton (Paris). — La Conception de la prothèse moderne (Rapport).

MM. Ruppe (*Louis et Charles*) (Paris). — Ce qu'on peut attendre de la prothèse dans le traitement des becs-de-lièvre et les divisions du voile : 1° Chez les nouveau-nés ; 2° Chez les enfants jusqu'à 7 ans.

2° *Anesthésie.*

M. Fabret (Nice). — Le gazotherme et l'hypersensibilité dentaire.

M. Paul Jean (Dijon). — Anesthésie locale par le froid progressif.

M. Guichard (Paris). — Anesthésie par la respiration précipitée (essoufflement).

M. le Dr Frey (Paris). — Anesthésie tronculaire.

Vendredi 4 *août.* — 1° *Orthodontie.*

M. le Dr Pont (Lyon). — Classification orthopédique dento-maxillo-faciale.

M. le Dr Quintero (Lyon). — Déplacement parallèle des dents postérieures.

2° *Diverses.*

M. Touvet-Fanton (Paris). — Embout permettant l'adaptation d'aiguilles interchangeables sur les seringues à embout lisse ou filetée, indistinctement.

Communications parvenues après l'impression du programme.

Démonstrations.

Les séances de démonstrations se tiendront au Lycée, salle de dessin.

Mardi 2 *août,* 3 heures.

M. Aspa (Harfleur). — Prise d'empreinte pendant l'occlusion et montage des dentiers complets.

M. P. Housset (Paris). — 1° Présentation d'appareils à tendeur; 2° Présentation d'un bridge amovible à selle articulée.

M. Touvet-Fanton (Paris). — Embout permettant l'adaptation d'aiguilles interchangeables sur les seringues à embout lisse ou filetée, indistinctement.

M. Paul Jean (Dijon). — Prise d'empreinte et d'articulation. Méthode de S. T. Fripp. Modification apportée après un an de pratique.

Mercredi 3 *août,* 9 heures.

M. Paul Jean (Dijon). — Anesthésie locale par le froid progressif.

M. Fabret (Nice). — Le gazotherme sans aide.

M. Arroyo (Paris). — Démonstration de l'appareil à couler de Taggart.

M. Paul Housset (Paris). — Modifications apportées à l'appareil d'urgence pour fracture des maxillaires.

M. Guichard (Paris). — Anesthésie par la respiration précipitée (essoufflement).

M. le Dr Roy (Paris). — Pyorrhée alvéolaire.

M. Wallis-Davy (Paris). — Présentation d'un masseur gingival (Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Vendredi 5 *août,* 9 heures.

M. Joyeux (Chartres). — 1° Appareil distribuant automatique-

ment de l'eau tiède et aromatisée; 2° Têtière aseptique pouvant s'adapter sur les principaux fauteuils.

M. G. André (Paris). — Tour électrique à multiples usages.

M. Guébel (Paris). — 1° La nécessité de la radiographie en art dentaire, spécialement en dentisterie opératoire ; 2° L'emploi des matrices en celluloïd pour la reconstitution partielle et même totale des dents avec les ciments aux silicates, avec présentation de patients.

Exposition.

L'exposition se tiendra au Lycée, salle de l'infirmerie ; elle sera permanente.

Lundi 1er *août*, 17 heures 30 : *Ouverture de l'Exposition.*

Samedi 6 *août*, 16 heures : *Démonstrations et clôture de l'Exposition.*

N. B. Les auteurs de communications et de démonstrations doivent rédiger un résumé de leur travail sur les feuilles spéciales (communications) qui leur seront remises par le secrétaire de la Section ; ce résumé devra être retourné à ce secrétaire dans les 24 heures.

Les auteurs prenant part aux discussions doivent de même résumer celles-ci sur une feuille spéciale (discussions).

Les communications dont les auteurs ne seraient pas présents ne seront pas lues; elles seront inscrites au procès-verbal et publiées si possible.

Avis. — Le comité local de dames de la Section d'odontologie organisera un programme de promenades et de visites pour les membres de la famille accompagnant les congressistes ; ce programme sera porté à leur connaissance à Rouen.

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE.

41e assemblée générale annuelle.

La 41e assemblée générale annuelle de l'Association dentaire britannique s'est tenue à Bath les mercredi, jeudi et vendredi 22, 23 et 24 juin 1921.

Délégué par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et la Société d'Odontologie de Paris à cette réunion, à la suite de la très aimable invitation qui leur avait été adressée, nous considérons avant tout comme un devoir de politesse et de reconnaissance d'adresser l'expression de notre plus profonde gratitude aux membres de l'Association pour la chaleureuse réception qu'ils nous ont ménagée. Nos remercîments iront en particulier à M. Arthur Ball, président sortant, qui était venu représenter l'Association à notre Quarantenaire en novembre dernier ; à M. Stuart Carter, le nouveau président ; à M. William Guy, vice-président du Conseil d'administration ; à M. Hugh Atkins, secrétaire général ; à M. Badcock, trésorier ; à M. Robert Lindsay, secrétaire dentaire ; à M. Gilmour, représentant élu de la branche du Comté de Lancastre ; à M. Wesley Barritt, qui avait également représenté l'Association au Quarantenaire et qui avait pris part à la manifestation professionnelle du 16 avril dernier. La courtoisie parfaite de ces distingués confrères, les prévenances et attentions de toute nature dont nous avons été l'objet de leur part, ont laissé dans notre mémoire un souvenir ineffaçable et dans notre cœur un sentiment de cordialité et d'amitié impérissable.



La ville dans laquelle se tenait l'assemblée générale est une coquette et élégante station thermale de 70.000 habitants, située dans l'Ouest de l'Angleterre, non loin de Bristol. Ses eaux, déjà connues et utilisées par les Romains, sont anti-rhumatismales et anti-goutteuses.

Les séances se tenaient dans une vaste construction connue sous le nom d'*Assembly Rooms*, contenant une vaste salle des fêtes avec ses dépendances.

La veille du Congrès avait eu lieu un grand match de golf pour la coupe irlandaise.

Le mercredi 22, à 9 h. 30 du matin, réunion du Conseil d'Administration.

A 10 h. 30, assemblée annuelle des membres pour la lecture et

l'approbation des rapports du Conseil d'administration et du Trésorier, ainsi que des comptes, la nomination de membres honoraires (notamment celle de M. Charles Sissmore Tomes) et la fixation de la date et du lieu du Congrès de 1922. La ville de Newcastle-on-Tyne a été choisie et le mois de juillet fixé.

A 11 h. 30, assemblée générale, ouverte aux dames et aux visiteurs. Environ 250 personnes étaient présentes (l'Association compte 3.013 membres).

Le Maire de la ville souhaite la bienvenue aux congressistes.

Invité à prendre la parole, nous apportons aux dentistes anglais le salut confraternel de leurs confrères français, ce qui nous vaut une émouvante ovation.

Le président sortant, M. A. E. Ball, prononce une allocution pour rendre sommairement compte de sa gestion. Des remercîments lui sont votés.

Le nouveau président, M. Stuart Carter, est installé ; son prédécesseur lui passe autour du cou la médaille de Tomes attachée par un large ruban noir, que les présidents en charge portent à tour de rôle pendant un an. M. Carter prononce alors son discours inaugural et il est procédé à l'élection du président de 1922-1923 (M. James, de Newcastle).

A l'issue de la séance, tous les assistants sont photographiés en plein air.

***

L'après-midi, à 2 h. 30, réunion annuelle du Comité de secours pour entendre les rapports du Secrétaire général et du Trésorier.

A 3 h. 30, communications écrites. Le docteur Llewellyn, médecin de l'établissement thermal de Bath, donne lecture d'une communication sur la SEPTICÉMIE BUCCALE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ARTHRITISME. Il examine la fixation de l'étiologie des foyers dentaires, puis les causes d'échec du traitement dans des cas d'arthritisme infectieux, non seulement avec des foyers dentaires, mais dans lesquels le sang décèle une invasion constitutionnelle. Il passe en revue l'élimination des foyers dentaires totale d'abord, incomplète ensuite, les foyers articulaires secondaires, l'interprétation inexacte des radiographies dentaires. Il aborde les cas d'arthritisme qui ne cèdent pas à la suppression des foyers, l'arthritisme rhumatoïde ou atrophique, l'arthritisme hypertrophique ou ostéo-arthritisme. Il étudie ensuite les causes qui règlent l'extraction ou la conservation des dents, la nature des lésions dentaires, la résistance du sujet, le type de l'arthritisme.

Il arrive aux cas d'arthritisme qui subissent un arrêt ou guérissent même quand il persiste des foyers infectieux démontrables ou quand ces foyers sont laissés sans traitement. Il étudie la valeur étiologique des foyers dentaires ou autres foyers locaux, l'état du plasma sanguin, les troubles dus à l'arthritisme, les causes de la diminution de la tolérance du sucre. Il conclut en disant que l'arthritisme est curable par divers modes de traitement.

Cette communication a donné lieu à une longue discussion.

Le docteur Beaumont, ophtalmologiste à l'hôpital de Bath, donne lecture d'une communication sur LES AFFECTIONS DES DENTS ET LEURS RAPPORTS AVEC LES MALADIES DES YEUX et signale le rôle important joué par la radiologie à cet égard pour arriver à déceler le mal.

Le docteur Preston King, de Bath, traite oralement la question des RADIOGRAPHIES OFFRANT UN INTÉRÊT CHIRURGICAL ET DENTAIRE.

Pendant cette séance, M. Robert Lindsay, secrétaire dentaire de l'Association, faisait aux professeurs et aux élèves des écoles de Bath une conférence sur le SOIN DES DENTS.

***

Le jeudi 23, à 10 heures du matin, DÉMONSTRATIONS PRATIQUES :

1° SOUDURE DES RÉPARATIONS ET ADJONCTIONS AUX APPAREILS DE REDRESSEMENT, par M. Gilmour (Liverpool).

2° EMPLOI DE L'ARC EN RUBAN EN ORTHODONTIE, par M. Matthews (Birmingham) ;

3° MODÈLES DE CAS D'ORTHODONTIE traités par les étudiants de l'Ecole dentaire de Birmingham, par M. Matthews (Birmingham) ;

4° COURONNES D'OR COULÉES DIRECTEMENT SUR LES COURONNES DE PORCELAINE, par M. Coxon (King's Lynn) ;

5° INSTRUMENTS ET PROCÉDÉS D'EXTRACTION DES 3es MOLAIRES INCLUSES, par M. Peyton Baly (Londres) ;

6° COURANTS A HAUTE FRÉQUENCE EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE, par M. Kenyon-Jeffes (Londres) ;

7° DÉMONSTRATION RADIOGRAPHIQUE. — PRÉPARATIONS HISTOLOGIQUES. — MICRO-PHOTOGRAPHIES. — APPAREIL DE RADIOGRAPHIE, par M. Livingston (Liverpool).

***

A 3 heures de l'après-midi, communications.

Le professeur Fawcett, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Bristol, fait une communication orale sur LE DÉVELOPPEMENT DES OS ENTOURANT LA MACHOIRE, avec présentation de modèles.

MM. Dodd et Howe, de Londres, donnent lecture d'une communication sur LA SÉCURITÉ, D'ABORD, POUR LES DENTISTES.

Les auteurs examinent les deux risques principaux que court tout praticien : perte de gain par incapacité temporaire (maladie, blessure, accident), manque de ressources pour sa famille ou pour lui-même quand il est âgé. C'est pour parer à cette double éventualité qu'a été fondée la Société de prévoyance des dentistes il y a 30 ans.

M. Chapman (Londres) a lu ensuite une communication sur l'ORTHODONTIE, L'IMPORTANCE DE L'ÉTIOLOGIE POUR LE TRAITEMENT.

Dans ce travail, il a examiné les points suivants : 1° Pourquoi les dents sont irrégulières ; 2° Dimensions des dents qui n'ont pas été atteintes par des faits survenus après la naissance ; 3° Dimensions et formes des dents atteintes par des faits survenus après la naissance ; 4° Directions dans lesquelles se développent les maxillaires ; 5° Deux relations dissemblables entre les maxillaires supérieurs et la mandibule ; 6° Le développement normal de l'os dépend de la fonction ; 7° Action musculaire et développement osseux ; 8° Action musculaire équilibrée, mais insuffisante ; 9° Action musculaire déséquilibrée ; 10° Développement du sinus et de l'os ; 11° Effet sur l'étiologie et la pratique.

M. Nichols, de Bristol, a lu une communication intitulée : UNE CLINIQUE DENTAIRE INDUSTRIELLE, dans laquelle il a exposé le résultat de sa pratique dans une usine comme dentiste traitant.



Le vendredi 24, à 10 heures du matin, une seule communication par M. Broderick, de Bournemouth : QUELQUES ASPECTS DE LA CIVILISATION DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES TROUBLES DES FONCTIONS ENDOCRINES. L'auteur étudie les effets des émotions sur les glandes endocrines et quelques-uns des effets du régime alimentaire de l'homme civilisé dans leurs rapports avec les troubles de l'endocrine.

A 11 heures du matin, DÉMONSTRATIONS PRATIQUES :

1° Orthodontie moderne, par M. Watkin (Liverpool) ;

2° Couronne à coquille en porcelaine ;

3° Une variété de crampons pour dentiers, par M. Parfitt (Reading) ;

4° Méthode de Hall pour la prise des empreintes plastiques chez les édentés, par M. Wood (Kettering) ;

5° Un cas de prothèse faciale consécutif à une excision du maxillaire supérieur gauche, par M. Rumsey (Cambridge).

6° Méthode rapide et peu coûteuse pour confectionner des porte-empreintes spéciaux, par M. Bowler, de Liverpool.

7° Anesthésie régionale, par M. Doubleday, de Londres ;

8° Présentation de radiographies, par M. Hunt, de Torquay, de spécimens microscopiques par d'autres membres et de divers spécimens, par M. Richardson, de Newcastle.

A 1 heure de l'après-midi, séance de clôture.

***

Exposition de matériel et de fournitures dentaires.

Une exposition de matériel, d'instruments, d'outils et de fournitures dentaires avait été organisée dans un vaste local attenant à la salle des séances. Elle était parfaitement aménagée et contenait de nombreux objets sollicitant l'attention des visiteurs.

Avaient pris part à cette exposition : MM. Claudius Ash, fils et Cie ; la Dental Mfg Co ; MM. de Trey et Cie ; The S. S. White Co, de Grande-Bretagne ; MM. Cottrell et Cie ; The Western Dental Mfg Co, de Londres et Bristol ; M. Gadd, de Bristol ; M. Conrad Pinches ; MM. Parker, Davis et Cie ; Kolynos incorporated ; The Charles R. Philipp's Chemical Co ; The Pepsodent Co ; M. Hayne, The Food education Society.

A signaler un remarquable appareil de radiographie, exposé par la Maison de Trey.

***

Réceptions. — Banquet. — Excursions.

Une réception très brillante par le Maire de Bath dans son costume traditionnel, avec le porte-glaive annonçant les invités et les deux massiers gardant le trésor de la ville exposé sur un dressoir, tous trois également en costumes d'une autre époque, a eu lieu le mercredi 23 à 8 h. 1/2 du soir dans les salons de l'établissement thermal.

Commencée par un concert vocal fort artistique, elle se continua par un bal très animé. Les rafraîchissements, des plus abondants, étaient servis au sous-sol dans les bains romains, par petites tables garnies de consommateurs.

Le jeudi 24, à 7 h. 30 du soir, banquet de 125 couverts dans la

salle des fêtes de l'Hôtel de Ville (Guildhall). Un orchestre jouait pendant le repas. Au dessert, des toasts furent portés au roi, avec exécution et chant de l'hymne national anglais ; à la ville de Bath, par M. Mac Gowan, représentant la branche de l'Association de l'Ouest de l'Ecosse, auquel répondirent le Maire actuel, un conseiller municipal et l'ancien maire ; à l'Université de Bristol, par M. Guy, d'Edimbourg, auquel répondit le vice-chancelier de l'Université de Bristol ; à l'Association dentaire britannique, par le doyen de la Faculté de médecine de Bristol, auquel répondit M. Matthews, de Birmingham ; au Comité de secours, par M. Walson, auquel répondit M. Robbins.

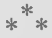
Lorsque notre tour fut venu de prendre la parole, M. O'Duffy, représentant irlandais, adressa en français d'abord, en anglais ensuite, un compliment aux délégués d'outre-mer (français, canadien et australien), puis la *Marseillaise* fut chantée en chœur. L'ovation dont nous fûmes l'objet fut des plus chaleureuses.

La série des toasts, avec lesquels alternaient des morceaux de chant, fut terminée par le toast au Président, porté par M. Hunt. Puis eut lieu la remise de la coupe irlandaise au vainqueur du tournoi de golf.

La plupart des allocutions contenaient des passages plus ou moins longs relatifs à la nouvelle loi sur l'exercice de l'art dentaire, que nous avons déjà signalée dans ce journal. Cette loi, votée en troisième lecture par la Chambre des Communes, était passée la veille même devant la Chambre des Lords, aux délibérations de laquelle elle est soumise en ce moment. Elle ouvre très largement la porte à tous les praticiens de l'art dentaire exerçant sans titre, pour la refermer aussitôt, ce qui aura pour effet de leur donner le droit d'exercice légal. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette importante matière en temps voulu.

Un garden-party offert par le Président de l'Association, M. Stuart Carter, le dernier jour du Congrès dans sa belle propriété située à peu de distance de la ville, a réuni de nombreux congressistes et leurs familles.

Des excursions ont eu lieu principalement pour les dames pendant la durée du Congrès.



Et maintenant que cette belle réunion est finie et appartient déjà au domaine du passé, rendons hommage aux organisateurs, qui en avaient prévu et soigné les moindres détails, de telle sorte que rien n'avait été laissé au hasard de l'improvisation et que tout avait été disposé pour la commodité et le confort des congressistes.

Disons quel plaisir et quelle joie intime nous avons éprouvés et même quelle fierté nous avons ressentie d'être l'hôte de confrères aussi accueillants et aussi sympathiques.

On a pu voir que le programme scientifique du Congrès était peu chargé : les discussions n'en ont été que plus longues, plus approfondies et plus profitables et l'esprit n'était pas encombré de multiples questions. Le Congrès a été parfaitement réussi, comme tous ceux de ce genre auxquels il nous a été donné d'assister en Angleterre, et notre sentiment patriotique est maintenant agréablement flatté quand nous sommes côte à côte avec nos aimables confrères anglais, nos amis et nos alliés.

A. Blatter.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des dents infectées et de leurs complications infectieuses périapicales.

Par le Docteur Octave BORNAND.

THÈSE PARIS, OLLIER Henry, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris-VIe, 1921.

Ce travail est un exposé très complet des idées les plus communément acceptées en France par les praticiens de l'art dentaire relativement à la thérapeutique des dents infectées.

Placé sous l'égide scientifique du docteur M. Roy, il en reflète les opinions basées sur un sens clinique longuement éduqué.

Les différentes méthodes de désinfection mécanique et chimique des canaux dentaires y sont passées en revue.

L'auteur se garde judicieusement des enthousiasmes irréfléchis. Il préconise dans la thérapeutique un éclectisme raisonné basé sur les méthodes les plus modernes. Cherchant à préciser d'abord son diagnostic par l'emploi de la radiographie, il en déduit les différentes conduites à tenir dans les cas divers de notre pratique.

En résumé, travail intéressant à consulter, et d'une lecture profitable à tous ceux qu'intéressent les soins dentaires.

Docteur SOLAS.

Considérations sur l'hygiène dentaire des enfants.

Un de nos confrères de Salonique, M. S. de Botton, nous communique un petit article de vulgarisation très intéressant, intitulé « *Considérations sur l'hygiène dentaire des enfants* », publié par M. Gabriel Pessah, chirurgien-dentiste, dans le journal l'*Opinion*, de cette ville.

Nous félicitons vivement l'auteur des idées qu'il expose, qui sont tout à fait rationnelles et en accord avec les nôtres.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris. — L'assemblée générale de la Société d'Odontologie de Paris a eu lieu le 5 juillet, à 8 heures et demie du soir, avec l'ordre du jour suivant :

MM. Chastel et Ruppe. – Présentation de malades du service de prothèse restauratrice de l'Ecole.

MM. L. et C. Ruppe. — Gommes du palais osseux et du voile ; leur traitement.

M. Guichard. — Anesthésie par la respiration précipitée (essoufflement).

M. Pailliottin. — La dépulpation est-elle une opération redoutable ?

M. V. E. Miégeville. — Appareil à protoxyde d'azote de MM. Desmarest et Lericolais pour l'anesthésie générale en Art dentaire.

M. Touvet-Fanton. — Embout permettant l'adaptation d'aiguilles interchangeables sur les seringues à ajutage lisse ou fileté, indistinctement.

Rapport de M. V. E. Miégeville, secrétaire général.

Renouvellement du Bureau.

*
* *

Le nouveau Bureau a été constitué ainsi :

Président, M. H. Dreyfus ; *Vice-présidents*, MM. Pailliottin, G. Fouques ; *Secrétaire-général*, M. V.-E. Miégeville ; *Secrétaire-adjoint*, M. Solas.

Société Française d'Orthopédie dento-faciale. — Le 22 mai a été tenue la séance de constitution de la Société française d'orthopédie dento-faciale, consacrée à l'étude et à l'avancement de l'orthodontie en France.

Peuvent être admis membres actifs les confrères habitant la France et s'intéressant à cette spécialité. L'admission est subordonnée à la production d'une demande signée de deux membres de la Société, au paiement d'un droit d'entrée de cinquante francs et à un vote favorable de l'assemblée générale.

Le Bureau a été constitué ainsi que suit :

Président : D[r] J.-T. Quintero, 1, quai Jules Courmont, Lyon. — *Vice-Président* : D[r] E. Gallavardin, 50, rue de la Républi-

que, Lyon. — *Secrétaire* : Dr B. de Nevrézé, 20, rue de Mogador, Paris (9e). — *Trésorier* : Dr E. Hollande, 6, rue de Boigne, Chambéry (Savoie). — *Rédacteur-Archiviste* : Dr P. Ollagnier, 15, place de l'Hôtel-de-Ville, Saint-Etienne (Loire).

La prochaine réunion aura lieu à Paris, à Noël 1921.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire.

Union syndicale des dentistes démobilisés. — Dans son assemblée générale annuelle tenue le 15 juin, sous la présidence de M. Fourquet, l'Union syndicale des Dentistes démobilisés a voté à l'unanimité son affiliation à l'Union nationale des Combattants, qui compte, à l'heure actuelle, 830.000 membres. Elle a ratifié les conventions résultant des démarches faites en ce sens par le Bureau.

Par son affiliation, l'Union syndicale conserve son autonomie politique, professionnelle et financière absolue.

Les colonnes du journal de l'Union Nationale des Combattants, « *La Voix du Combattant* », seront à sa disposition pour ses convocations, comptes rendus et sa propagande professionnelle.

L'assemblée générale a voté 1.000 francs en faveur des orphelins de guerre de la profession, pupilles de l'*Aide Confraternelle.*

Le Bureau pour 1921-1922 est ainsi constitué : *Président* : M. TACAIL. — *Vice-Présidents* : MM. BOUDY, GEORGES ANDRÉ. — *Trésorier* : M. CLÉMENT. — *Secrétaire général* : M. E. FOURQUET. — *Secrétaire des séances* : M. DEMONCHY. — *Archiviste* : M. WALLIS-DAVY.

Manifestation de sympathie. — A l'occasion de la réunion du Conseil d'administration de la société de l'Ecole et du Dispensaire dentaire de Paris le 12 juillet, une manifestation de sympathie a eu lieu en l'honneur de M. L. Bioux, vice-président et trésorier, récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur, ainsi que nous l'avons annoncé.

Le président du conseil, M. Godon, délégué par la Grande Chancellerie pour recevoir, dans l'Ordre, le nouveau titulaire, a prononcé une allocution et a remis à son collègue et collaborateur depuis 42 ans l'insigne offert par l'Ecole, en lui donnant l'accolade.

M. Bioux a remercié avec émotion et une coupe de champagne a été vidée à sa santé, au milieu des acclamations des conseillers.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

QUARANTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ÉCOLE ET DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

(*12-14 novembre 1920*)

Association générale syndicale des dentistes de France

Assemblée générale extraordinaire du 14 novembre 1920.

PRÉSIDENCE DE M. G. FOUQUES, PRÉSIDENT.

(*Résumé sommaire*)

La séance est ouverte à 3 heures.
75 membres sont présents.

Ordre du jour.

A) Impôts ; *B)* Loyers ; *C)* Revendications du personnel ; *D)* Fournitures dentaires ; *E)* Honoraires ; *F)* Entente intersyndicale.

Le Président dit que la réunion a lieu pour faire connaître aux sociétaires les travaux des Commissions constituées en conséquence des décisions de l'Assemblée générale du 19 janvier 1920.

I. — IMPOTS.

M. G. Villain donne lecture de son rapport, qui est mis en discussion.

MM. Rouzée, Fontanel, Geoffroy, Manteau, Caron y prennent part ; *M. G. Villain* répond aux observations présentées.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

II. — LOYERS.

En l'absence de *M. Dupontreué,* rapporteur, le *Secrétaire général* donne lecture du rapport, qui est adopté.

III. — REVENDICATIONS DU PERSONNEL.

M. Cernéa, secrétaire général, donne lecture de son rapport, qui est adopté.

IV. — Fournitures dentaires.

M. Dufeu donne lecture de son rapport, qui est mis en discussion.

MM. Manteau, Brodhurst, Wallis-Davy, Bassereau, Dury, Vasserot, Rouzée, Rubbrecht, Caron, G. Villain, Geoffroy, Debray, (Alb.), Dufeu, Watry, Robinet, formulent diverses observations.

Les 4 vœux terminant le rapport sont successivement mis aux voix et adoptés.

V. — Honoraires.

M. Brodhurst donne lecture de son rapport, qui est mis en discussion.

MM. Rouzée, Bassereau, Sénécal, Manteau y prennent part.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

VI. — Entente intersyndicale.

M. Watry (Anvers) donne lecture d'une proposition sur une entente intersyndicale, qui, après observations de *MM. G. Villain* et *Caron*, est adoptée en principe.

La séance est levée à 6 heures.

LOYERS

Résumé des principales dispositions ayant trait aux Loyers des chirurgiens-dentistes.

Rapport présenté par M. Dupontreué a l'assemblée générale du 14 novembre 1919.

A) Chirurgiens-dentistes *mobilisés.*	I. Appartements personnels. II. Appartements professionnels.
B) Chirurgiens-dentistes *non mobilisés.*	III. Appartements personnels. IV. Appartements professionnels.

En ce qui concerne les appartements personnels, il y a lieu de distinguer entre les locaux prévus par les articles 14 et 15, c'est-à-dire les loyers inférieurs à 500 francs, si le locataire est célibataire, ou 600 francs s'il est marié — avec une majoration de 200 francs par enfant au-dessous de 16 ans — et les loyers supérieurs à cette somme.

Pour cette catégorie de loyers minimes, l'exonération de tous les termes échus pendant la période comprise entre le 1er août 1914 et le 23 avril 1920 est présumée acquise de plein droit ; sauf au proprié-

taire de justifier que son locataire est en mesure par ses revenus personnels de faire face aux obligations résultant de son engagement de location.

Ces locations bénéficient d'une prorogation égale à la durée comprise entre les dates du 1er août 1914 au 23 octobre 1919.

Les mêmes avantages sont acquis aux locataires non mobilisés rentrant dans cette catégorie.

Pour bénéficier de la prorogation, il convient d'en notifier l'intention du propriétaire par acte d'huissier :

1° S'il y a bail : 3 mois avant l'expiration du bail ;

2° S'il n'y a qu'une location verbale : dans les 20 jours de la notification du congé par le propriétaire, et, s'il n'y a pas congé, on conseille dele faire tout de suite.

Loyers supérieurs à 500 ou 600 francs ou suivant majoration.

L'exonération peut également être accordée, mais alors il appartient au locataire de fournir la preuve que, du fait de la guerre, il s'est trouvé privé de la totalité de ses ressources (cabinet fermé, femme, ascendants ou ayants droit, ayant reçu soit des allocations militaires ou indemnités de secours).

Pour les réductions de loyers, il y a lieu d'employer les mêmes moyens.

Le locataire, comme le propriétaire, peut demander l'inscription de l'affaire devant la Commission arbitrale.

En ce qui concerne la prorogation de ces locations, elle n'est que de 2 ans et il convient de remplir les mêmes obligations que ci-dessus.

Pour les loyers professionnels :

L'exonération peut être accordée dans les mêmes conditions que pour les locaux personnels.

Pour les prorogations (II et IV) des loyers professionnels des chirurgiens-dentistes mobilisés ou non mobilisés, le droit des locataires est nettement déterminé par les dispositions de l'article 56, paragraphe 1 de la loi du 9 mars 1918, qui accorde une prorogation d'une durée égale au temps écoulé entre le décret de mobilisation : 1er août 1914, et le décret fixant la fin des hostilités : 23 octobre 1919.

Pour avoir ce droit, il convient de faire comme pour les locations de locaux à usage personnel, c'est-à-dire d'en notifier l'intention au propriétaire par acte extrajudiciaire (par huissier).

Ces prorogations devaient être notifiées :

1° Pour les locataires non mobilisés : avant le 12 septembre 1918, pour les baux expirés à cette date.

2° Pour les locataires mobilisés : avant le 23 janvier 1920.

3° Pour les baux dont l'expiration n'est pas encore atteinte : 3 mois avant l'expiration desdits locaux.

A ce sujet, il y a lieu de distinguer qu'un bail à la volonté des deux parties contractantes peut cesser à l'une des périodes prévues par un congé donné par le propriétaire et alors il convient, pour avoir droit à la prorogation, de notifier tout de suite, après avoir reçu le congé, un

acte de demande de prorogation au propriétaire (délai : 20 jours). Dans ce cas, le point de départ de la prorogation part du jour où doit se terminer le bail à la suite du congé du propriétaire.

Dans les autres cas, la prorogation part du jour d'expiration du bail, quelque éloignée que soit cette date. Exemple : un bail se terminant normalement en janvier 1920 se trouvera prorogé de 5 ans et 4 mois ; pratiquement : de 5 ans et 6 mois.

En cas de vente de cabinet.

La prorogation, actuellement, n'est pas accordée au cessionnaire — la jurisprudence y est opposée — mais une loi en préparation semble vouloir en accorder le bénéfice et permettre au cédant de transférer son droit à ce sujet.

Pour les dentistes propriétaires.

Les pertes de loyers qu'ils pourraient avoir subies du fait de la guerre leur donnent droit à une indemnité de 50 o/o. Pour cela, il y a lieu de faire une demande à la direction des Domaines, 9, rue de la Banque, Paris.

A cette demande, ils joignent :

1° Un titre de propriété ;

2° Des certificats constatant que leurs revenus en 1915, 1916, 1917, 1918 et 1919 ont été inférieurs à 10.000 francs ;

3° Des extraits de baux ou locations verbales ;

4° Des conventions de Commissions arbitrales ou des arrangements amiables avec leurs locataires.

REVENDICATIONS DU PERSONNEL

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. CERNÉA, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 NOVEMBRE 1920.

Nos collaborateurs immédiats dans l'exercice de notre profession se divisent en deux groupes :

1° Ceux qui s'occupent plus particulièrement de notre cabinet : les opérateurs, les assistants, les infirmières, les secrétaires, les comptables, les gens de service ;

2° Ceux qui sont attachés à nos laboratoires : les mécaniciens et les apprentis.

Des premiers nous ne dirons rien ; ils n'ont du reste encore formulé aucune revendication et aller au-devant de leurs désirs serait prématuré.

Mais si nous n'avons rien à dire des premiers, nous avons beaucoup à faire pour répondre aux desiderata des seconds.

Les mécaniciens-dentistes ont formulé des exigences exagérées.

Ils se sont pour la plupart depuis quelque temps groupés dans un syndicat affilié à la C. G. T., ils possèdent un organe « Le Prothé-

siste », dans lequel ils ont déjà indiqué un certain nombre de leurs revendications.

Ces revendications peuvent être résumées ainsi :

1° Journée de 8 heures et semaine anglaise ;

2° Augmentation de salaire et coopération ;

3° Droit à la prise d'empreintes et à la pose des appareils.

I. — Nous nous sommes livré à un examen sérieux de ces questions et avec un esprit d'impartialité, de bienveillance et de justice qui doivent caractériser nos relations avec tous nos collaborateurs, nous avons abouti aux conclusions suivantes que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui à votre appréciation.

Le principe de la semaine de 48 heures est légal et nous devons tous l'appliquer. Celui de la semaine anglaise est laissé à l'appréciation de chacun. Mais elle est acceptée dans l'esprit de tous et il serait bon de l'appliquer vis-à-vis de nos collaborateurs. On pourrait répartir sur les autres jours de la semaine les heures supprimées le samedi, soit un travail journalier de 9 heures et de 3 heures pour la matinée du samedi.

II. — Il n'est pas possible d'établir un barème des salaires. Ceux-ci varient forcément suivant la ville, l'époque, l'importance de l'atelier et surtout la capacité du mécanicien. Ils ne peuvent être fixés qu'après entente entre le patron et les intéressés.

Quant à la coopération, il est difficile de l'accepter dès maintenant, les lois sociales n'étant pas encore en mesure de nous guider à ce sujet.

Mais il serait désirable que l'on puisse arriver prochainement à une coopération intime où employeurs et employés trouveraient avec des bénéfices loyalement répartis, une émulation qui servirait la cause des uns comme des autres.

III. — Quant à la prise d'empreintes et à la pose d'appareils, c'est la revendication la plus importante que réclament nos mécaniciens avec l'autonomie de la profession de mécanicien-dentiste.

Ce travail nécessite implicitement les opérations préliminaires et en même temps des soins de conservation de dents et des racines.

C'est une grande partie de l'exercice de l'art dentaire. Nous disons tout de suite qu'en bonne justice nous ne pouvons pas accepter cette réclamation. Cela n'est même pas discutable, car la prise d'empreintes et la pose d'appareils par des non-diplômés est contaire aux articles de la loi du 30 novembre 1892 réglementant cet exercice.

Les études et le diplôme qui les couronnent en conférant le droit d'exercice sont réglés par une série de décrets dont il faudrait aussi faire table rase, d'autre part la prothèse dentaire a suivi le progrès, les lois anatomiques et physiologiques doivent être connues dans leurs applications, et il y a là, dans cette pratique, autre chose qu'une question manuelle. Si les mécaniciens-dentistes veulent obtenir le droit d'exercice légal on ne peut que les engager à étudier et à passer les examens nécessaires.

Si leur situation pécuniaire arrête leur bonne volonté, l'Associa-

tion et l'école leur faciliteront comme par le passé et plus encore s'il est possible les moyens d'y parvenir.

Des bourses et des secours d'études sont accordés par le Groupement et l'on peut envisager l'adoption de mesures nouvelles pour permettre aux mécaniciens-dentistes de compléter leurs études.

IV. — Nous regrettons de ne pouvoir faire droit à toutes les exigences des mécaniciens, mais pour les apprentis la situation est plus simple.

L'apprentissage est fixé suivant l'usage à 3 ans qui sont dus par l'apprenti à son patron.

L'apprenti qui doit être pourvu du certificat d'études primaires, fournit le même nombre d'heures que les mécaniciens, 8 heures par jour, 48 heures par semaine ; la semaine se terminant également le samedi à midi. Les heures supplémentaires sont l'exception, à moins d'une entente entre les parties.

L'apprenti, ne doit pas être employé à des travaux extra-professionnels.

Pour développer l'instruction de l'apprenti, il serait bon d'inviter ses parents à lui faire suivre des cours du soir, ainsi que des cours d'enseignement professionnel.

Pour son enseignement technique, les patrons sont tenus de lui donner toutes les indications d'ordre pratique, de nature à développer son intelligence et à lui faciliter l'accomplissement de sa tâche.

Si le patron laisse la faculté à l'apprenti, celui-ci complètera utilement son instruction en suivant les cours spéciaux pour mécaniciens-dentistes créés dans les Ecoles dentaires, notamment à l'Ecole dentaire de Paris.

La rétribution dépendra des dispositions de l'apprenti, elle peut varier avec sa capacité et l'importance de l'atelier où il travaille.

En ce qui concerne la reconnaissance du Syndicat des mécaniciens-dentistes, la Commission syndicale de l'Association générale syndicale des dentistes de France se tient à la disposition des patrons et des mécaniciens pour servir d'arbitre dans leurs différends, s'ils le désirent. Dans tous les cas, elle recommande à tous les confrères employant des mécaniciens de veiller à la salubrité des ateliers et de recourir à des assurances en cas d'accidents, afin de garantir la sécurité de leurs collaborateurs.

Telles sont, mes chers confrères, les propositions que nous vous soumettons et dont l'adoption témoignera de la bonne volonté dont nous sommes animés à l'égard du personnel de nos ateliers.

FOURNITURES DENTAIRES

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. DUFEU, SECRÉTAIRE-ADJOINT, A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 NOVEMBRE 1920.

La question des fournitures dentaires est une de celles qui intéressent le plus notre profession. Les prix excessifs que nous imposent

les fournisseurs nous ont conduit à rechercher par quels moyens il nous serait possible d'arriver à une baisse marquée des produits nécessaires à nos travaux.

Les fournitures dentaires peuvent se classer en deux catégories :

1° Celles d'origine étrangère ;

2° Celles fabriquées en France.

1° Pour les fournitures étrangères, il nous faut malheureusement constater la difficulté de lutter pour provoquer une diminution des prix actuels.

Ces fournitures, généralement les plus employées, parviennent maintenant à des prix excessifs et rien ne laisse prévoir un arrêt dans leur hausse vertigineuse. Les maisons productrices ont établi un tarif que les fournisseurs (faisant partie du consortium et ce sont les plus nombreux) ne peuvent baisser sous peine d'amende ou d'exclusion en cas de récidive. C'est un véritable trust.

Nous ne pouvons que déplorer la façon d'agir de ces firmes étrangères, lesquelles oublient trop facilement les sacrifices des nôtres, et profitent de la situation actuelle pour nous mettre à contribution.

Je dois cependant noter un fait important qui vient de se passer il y a quelques jours.

Lorsque la livre anglaise ou le dollar montaient nous étions assurés d'une majoration certaine. C'était du 10, du 20 o/o et même plus à ajouter.

Pourtant ces dernières semaines, tandis que la livre continuait son ascension, une firme étrangère, dont le change était un baromètre pour ses prix, nous fit, contre toute attente, la surprise de baisser certain article.

Cette façon d'agir était étrange ; quel était donc l'élément nouveau et puissant capable de modifier si brusquement les habitudes de cette maison étrangère ?

Cet élément nouveau c'était la concurrence.

En effet, une maison française venait de mettre sur le marché un article concurrent à un prix moindre, et immédiatement il y eut un abaissement notable des prétentions de la firme étrangère, malgré la hausse du change.

Voilà donc l'arme toute trouvée pour lutter contre les fabricants étrangers qui jusqu'ici ayant un monopole de fait nous étranglaient sans pitié.

Maintenant voyons la 2e catégorie, celle des fournitures fabriquées en France.

Pour celles-ci, nous pouvons et nous devons arriver, avec de la volonté et de la persévérance, à enregistrer un résultat positif.

Notre moyen est simple et efficace : c'est l'achat en coopération.

C'est un système qui se généralise de plus en plus partout et qui a l'avantage de donner des résultats immédiats.

Nous possédons une coopérative qui a déjà rendu de grands services à ses membres. Mais jusqu'ici son effort a été limité, il faut que dès maintenant elle se développe de plus en plus, qu'elle fasse con-

naître à nos confrères, les avantages qu'il y a à se grouper, car c'est par le nombre que l'on arrive à un résultat pratique.

Nous demandons donc à M. le Président de la Société Coopérative des dentistes de France de faire connaître, par la voie de nos journaux professionnels, les avantages qui résultent des achats faits à cette Société, de faire toute publicité pour attirer à elle de nouveaux membres qui viendront s'ajouter aux anciens déjà fort nombreux.

De son côté, la Coopérative recherchera les fabricants français capables de produire les articles professionnels de qualité égale ou supérieure à ceux de l'étranger. Elle devra guider et conseiller ces fabricants, et en retour ceux-ci devront avantager ce groupement en consentant des prix nettement inférieurs à ceux que l'on nous inflige à l'heure actuelle.

Avant de clore ce rapport par la lecture des vœux soumis à votre approbation, je vous signalerai que les membres de la Commission se sont employés très activement pour obtenir des résultats ; M. Brodhurst, en particulier, dont le dévouement et la persévérance vous sont connus, s'est entremis près des marchands d'or pour que ceux-ci suppriment la majoration qu'il était d'usage d'imposer aux dentistes.

D'ici peu très probablement, une solution satisfaisante viendra couronner nos efforts.

Je termine par les vœux suivants :

1° Que l'Association favorise la publicité de la Coopérative dans tous ses documents (*Odontologie*, brochures, etc.), de façon à faire apprécier par tous les dentistes les avantages de la coopération ;

2° Conformément au vœu de l'Assemblée générale au sujet du rapprochement des différents groupements professionnels, que l'Association fasse auprès de ceux-ci toutes démarches utiles pouvant favoriser les achats en coopération ;

3° Que la Coopérative continue de plus en plus à faire appel au concours des fabricants français et dirige leur activité vers la fabrication des fournitures dentaires ;

4° Que l'Association appuie auprès du service de contrôle des douanes, les demandes de dérogation qui pourraient être faites par la Coopérative ou les fournisseurs ne faisant pas partie du Consortium.

HONORAIRES

RAPPORT PRÉSENTÉ PAR M. BRODHURST, A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 14 NOVEMBRE 1920.

Dans les différents groupements dentaires, tous les membres ont recherché les meilleurs moyens de parer à l'augmentation du coût de la vie, sans toutefois détourner du chemin de leur cabinet par des honoraires trop élevés la clientèle qui, elle aussi, avait à supporter l'augmentation de prix sur d'autres produits utilitaires.

Notre Association ne pouvait rester en dehors de cette question, car notre profession est une des plus atteintes parmi les professions libérales, étant donné que l'augmentation porte non seulement sur le coût de la vie, mais aussi sur les rémunérations que nous accordons au personnel que nous employons, le loyer, les impositions et sur les fournitures dont le prix, sur un grand nombre d'articles, a plus que quintuplé.

Le bureau de l'Association a cru devoir envisager cette question assez complexe sous deux ordres d'idées différents et a à cet effet nommé deux Commissions dont les rapports résultant de discussions devaient amener la solution désirée.

1° Abaissement du prix des fournitures ;

2° Augmentation rationnelle des honoraires.

C'est donc en conformité du vote de la dernière Assemblée générale, et suivant décision du Bureau et du Conseil de l'Association générale syndicale des dentistes de France, en date du 21 février 1920, qu'il a été donné mandat à une Commission de s'occuperdu relèvement des honoraires.

Cette Commission composée de cinq membres, MM. Brodhurst, Debray (Alb.), Dufeu, Rouzée, Vasserot, après s'être réunie plusieurs fois et avoir pris connaissance des tarifs préconisés par divers groupements, a pensé que ces tarifs avec des prix d'honoraires assez variés pouvaient être consultés efficacement par quelques praticiens ayant leurs opérations tarifées. Vu la diversité des frais dans la plupart des cabinets des grandes villes, différence de loyer, d'impôts, d'installation et de personnel, elle estime qu'il ne peut être créé un tarif omnibus taxant chaque cabinet et chaque genre d'opérations. Toutefois elle estime aussi que logiquement chaque membre de la profession est en droit de majorer ses honoraires de 100 à 200 o/o par rapport aux prix d'avant-guerre suivant l'augmentation de ses frais et dans une proportion qui puisse le rémunérer honorablement de ses soins et de son temps.

Telle est la conclusion que la Commission soumet à votre appréciation laissant libre cours à la discussion dans laquelle nous puiserons peut-être la meilleure solution à ce sujet.

41e ANNÉE. N° 8. 30 AOUT 1921. VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE CORRECTION DE PROGNATHISME PAR LA PROTHÈSE

Par le Dr MAURICE ROY,
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921.)

Dans une de nos récentes séances, M. Dufourmentel nous a présenté une communication relative à la correction du prognathisme de la mâchoire inférieure au moyen de la résection du condyle. Cette communication était des plus intéressantes et M. Dufourmentel avait appliqué son traitement à deux cas de prognathisme considérable de la mâchoire inférieure.

J'ai, à la suite de cette communication, pris la parole pour dire que la très grande majorité des cas de prognathisme pouvaient être corrigés au moyen des traitements orthopédiques que nous possédons, mais que quelques-uns se trouvaient au-dessus des ressources de ces traitements et que dans certains de ces cas où cette déformation pouvait prendre les caractères d'une sorte de monstruosité, on pouvait être autorisé à recourir à l'opération de M. Dufourmentel qui pouvait, comme il nous l'a montré, apporter une correction tout à fait intéressante et sans inconvénient au point de vue fonctionnel de la mâchoire inférieure.

A la suite de cette communication, cela m'a donné l'idée, ainsi que je l'ai annoncé dans cette séance, de vous présenter un cas de prognathisme qui a été traité, lui, par un procédé qui n'est ni le procédé chirurgical de M. Dufourmentel, ni le procédé orthopédique. Ce cas vous montrera qu'il n'y a

pas un remède qui guérit, mais qu'il y a des malades qu'il faut traiter suivant les circonstances, des traitements divers qui, appliqués d'une façon judicieuse, peuvent rendre des services dans les différentes formes d'un même cas.

Le malade dont je vous présente aujourd'hui l'observation était un homme de 40 ans environ ; je ne sais pas son âge exact. Ce malade présentait un prognathisme considérable, comme vous allez pouvoir en juger. A la mâchoire supérieure l'incisive centrale gauche et l'incisive latérale droite manquaient, mais les autres dents s'étaient rappro-



Fig. 1. — On remarquera que le prognathisme est tel que le bord libre des incisives inférieures vient se mettre en rapport avec la gencive supérieure au-dessus du collet des incisives supérieures qui sont complètement cachées dans l'occlusion.

chées car ces extractions avaient été faites dans son enfance où avait dû présenter des anomalies dentaires assez considérables et il en était résulté une atrophie considérable de son maxillaire supérieur. Il n'avait qu'une seconde molaire à la mâchoire supérieure du côté gauche, la seconde également du côté droit. La mâchoire inférieure de ce malade devait être déjà primitivement en prognathisme, la conformation de sa figure paraissait bien l'indiquer, mais celui-ci avait été considérablement accentué par la mutilation à laquelle le malade avait été soumis et l'atrophie du maxillaire supérieur qui en était résulté.

Or il résultait de ces différentes dispositions que ce malade présentait l'aspect le plus disgracieux. Je ne puis malheureusement vous montrer ses photographies; le malade ne me les aurait pas confiées volontiers, mais, quand je vous aurai fait passer sous les yeux ce modèle (fig. 1), vous vous rendrez compte aisément de la déformation que pouvait présenter le malade qui, lorsqu'il fermait la bouche, avait les incisives inférieures cachant complètement les dents supérieures, celles-ci venant bien au-dessous du bord gingival

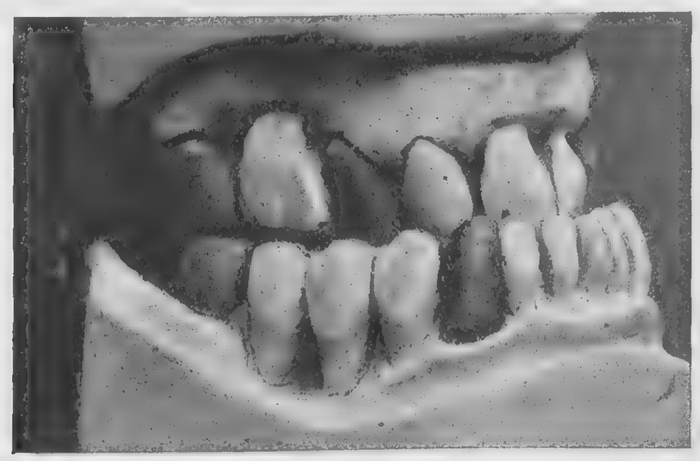


Fig. 2. — Comparer avec la fig. 1 ; le bord tranchant de l'unique incisive centrale supérieure que porte ce patient arrive en contact avec le bord tranchant des incisives inférieures.

interne de ces dents inférieures ; le nez et le menton se touchaient.

Le malade, dans sa position habituelle, sauf en mangeant, ne fermait pas la bouche et comme il avait des lèvres suffisamment longues il se tenait toujours dans la position de bouche ouverte, ses arcades dentaires éloignées l'une de l'autre à une très grande distance. Il avait un certain nombre de dents en moins et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il mastiquait d'une façon des plus défectueuses. Il avait cherché à améliorer sa mastication en se faisant faire un appareil prothétique et on lui avait fait un appareil à plaque à la mâchoire supérieure et à la mâchoire infé-

rieure, mais ces appareils ne lui rendaient aucune espèce de service, étant donné la disposition de sa mâchoire. Cela n'avait pas modifié le côté esthétique ni amélioré le côté fonctionnel.

J'avais vu ce malade plusieurs années auparavant, il m'avait consulté incidemment puis je l'avais perdu de vue ; il n'avait pas d'appareil à cette époque.

C'est dans ces conditions qu'il revint me trouver longtemps après pour me montrer l'appareil qu'il avait et me dire : est-ce que vous ne pourriez pas me faire quelque chose qui puisse améliorer ma mastication ?

Après examen je lui dis : la seule chose que l'on puisse faire pour améliorer votre situation, ce serait de vous faire des bridges permettant un rehaussement d'articulation qui améliorerait votre esthétique et votre mastication.

En effet, en surélevant la hauteur de ses arcades dentaires, en lui mettant des cires appropriées, je constatais que je pourrais arriver à mettre presque en contact son unique incisive supérieure avec ses incisives inférieures. Pour obtenir ce même résultat de façon permanente il me fallait faire des bridges fixés sur une partie des dents restantes de la bouche en exhaussant ces dents de façon à rétablir une occlusion convenable. J'avais, par chance, des dents très solides ne présentant pas de pyorrhée, sauf un petit peu de résorption mais très peu marquée.

Sur le modèle, malgré quelques déformations résultant du fait que c'est une empreinte que j'ai prise dans la bouche une fois que tous les bridges étaient posés et scellés, vous vous rendrez compte néanmoins d'une façon suffisante du travail effectué.

En haut, j'avais, à droite, une seconde grosse molaire et une première prémolaire ; j'ai fait une couronne sur chacune de ses dents et j'ai placé une dent intermédiaire. Du côté gauche, le bridge a pour pilier une couronne sur une canine et une sur la première grosse molaire.

En bas, j'ai fait, à droite, un bridge supporté par une première couronne sur une seconde grosse molaire et une

autre sur une canine ; de l'autre côté, j'ai fait une couronne sur la seconde prémolaire et sur la grosse molaire avec un éperon sur la partie postérieure et, en avant, une dent en or pour remplacer la première prémolaire manquante, et dans ces conditions comme vous allez le voir par le modèle que je vais vous passer (fig. 2), je suis arrivé à obtenir un double résultat. Je n'ai pas modifié l'articulation temporo-maxillaire, mais j'ai obtenu chez ce malade, qui présentait une déformation tout à fait considérable des plus nuisibles à ses fonctions masticatrices et qui avait des conséquences horribles au point de vue de son esthétique, une correction suffisamment intéressante pour que mon malade se déclare très satisfait aussi bien au point de vue esthétique qu'au point de vue masticatoire.

Voilà pourquoi je vous ai présenté cette petite observation pensant qu'elle pourrait peut-être suggérer à quelques-uns de nos confrères qui auraient des cas semblables plus ou moins marqués, l'idée de recourir à un procédé analogue, qui est intéressant quand on se trouve en présence d'un malade qui, en raison de son âge, ne pouvait pas subir un traitement orthopédique avec vraiment quelques chances de résultats satisfaisants et qui, d'autre part, ne voulait pas se soumettre à un traitement chirurgical comme celui très intéressant que nous a présenté M. Dufourmentel.

UN PROCÉDÉ DE RÉPARATION DES FACETTES DE PORCELAINE FRACTURÉES SUR LES BRIDGES

Par G. Villain,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

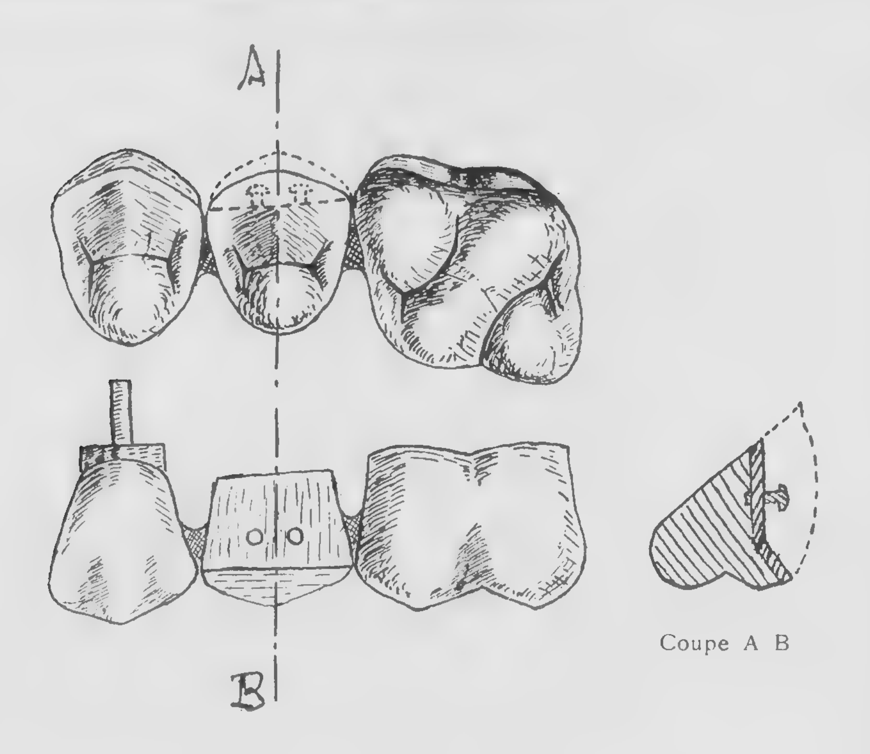
(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921.)

Il s'agit simplement d'un petit procédé que je veux vous indiquer parce que je l'ai appliqué récemment avec succès, et qu'il a rendu service à mon patient et à moi-même. Je suis partisan du bridge amovible autant que possible ; mais dans certains cas le bridge fixe est indispensable. Les bridges fixes doivent être scellés de façon à pouvoir être assez facilement descellés et en tous cas sans détérioration, car ils peuvent avoir à être retirés pour modification ou réparation ou traitement des piliers. Il y a des cas où nous sommes appelés à réparer des fractures de facettes sur des bridges faits par d'autres confrères, dont nous ne connaissons pas les moyens de scellement, nous risquons alors de détruire le bridge quand le scellement a été fait au ciment, et si nous cherchons à détacher un bridge cimenté, ce n'est pas, sans risque sérieux pour les organes, empruntés comme piliers. Nous avons alors recours à des moyens de réparation que vous connaissez : la facette creusée d'une logette dans sa face linguale permettant d'enfermer les crampons retenus sur la contre-plaque soudée au bridge ; le procédé de la dent à crampons longs cimentés dans des canaux pratiqués dans l'épaisseur de la contre-plaque. Il y a le procédé que montrait M. Guébel tout à l'heure, qui consiste à faire du ciment au silicate. Les deux premiers procédés laissent à désirer, car les chocs à la mastication suffisent pour desceller les dents ; c'est ce que j'ai cru remarquer dans les cas assez nombreux que j'ai étudiés.

Le second procédé a une durée limitée à celle du ciment. Ceci dépend de la façon dont le malade utilise la brosse à dent et des traumatismes qui peuvent survenir dans la mastication.

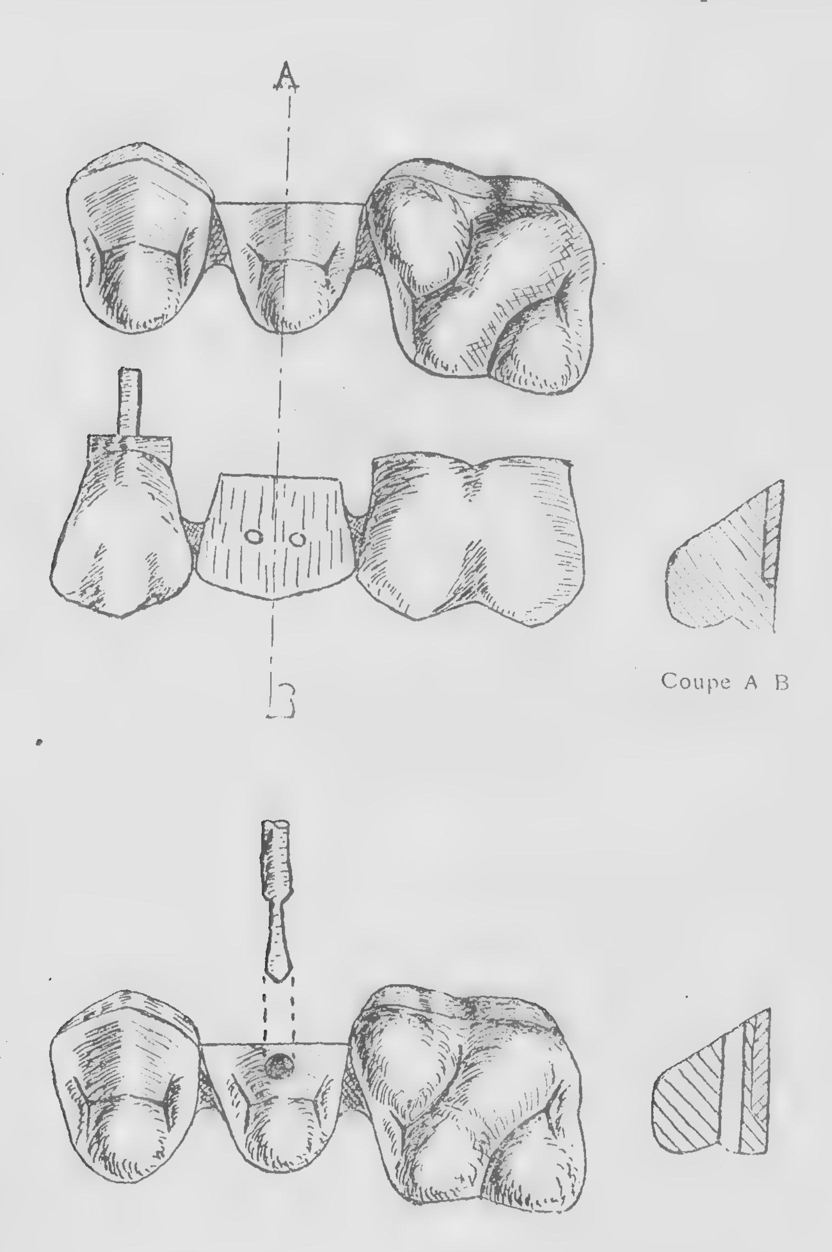
On peut réparer en rivant les crampons ou en soudant ceux-ci à l'étain dans la bouche au niveau de la face linguale du pont perforé pour recevoir ces crampons.

Il y a enfin le procédé que les fabricants de la dent Steele ont préconisé et qui consiste à couper la plaquette d'or de façon à la rendre bien plate et à visser sur cette facette deux petites vis qui, à l'aide de leur tête, servent à



la rétention d'une dent de Steele. J'ai employé ce procédé ; il est assez long, mais enfin il se fait de façon assez pratique, dans les cas où le bridge a été mal construit, c'est-à-dire lorsque la dent cassée n'avait pas été biseautée au bord libre pour être protégée par l'or. Ce procédé ne peut être employé d'une façon rationnelle lorsque le bridge a été bien construit. D'autre part les petites vis cèdent assez facilement et il faut faire ce travail avec beaucoup de délicatesse.

Le procédé que j'ai employé est applicable à tous les cas où la portion d'or restante conserve une épaisseur de

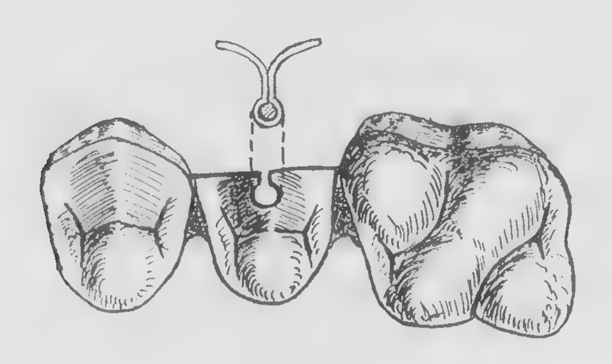


plus de 1 mm, 5 sur une hauteur de 1 mm, 5 à 2 m/m; il se résume ainsi :

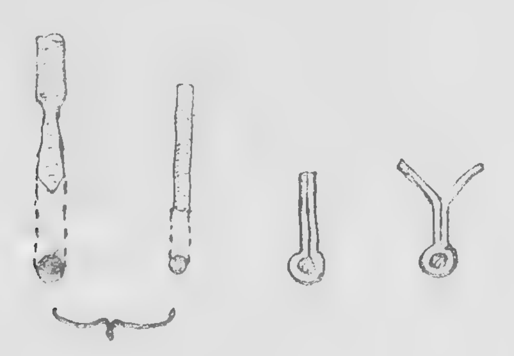
1° Retirer les fragments de porcelaine restant autour des crampons et ceux-ci (fig. 1).

2° Aplanir la face de l'or que recouvrait la facette fracturée.

3° Forer l'or dans le sens de la hauteur parallèlement à la face vestibulaire aplanie à l'aide d'un foret dont le diamè-



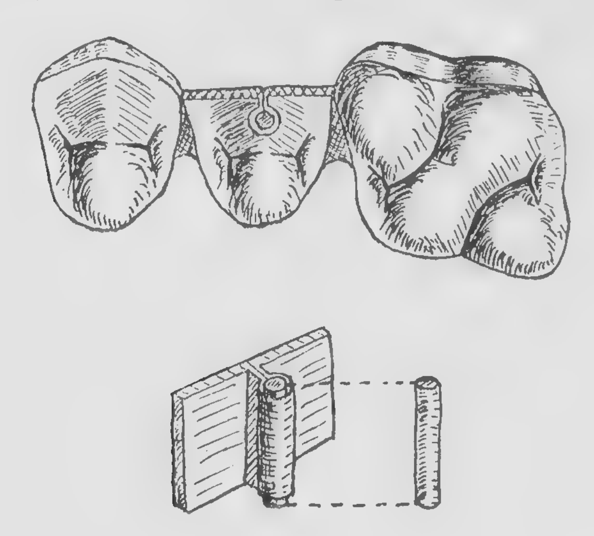
tre doit être aussi gros que le permet l'épaisseur du pont restant sans risque d'affaiblir celui-ci. Cette perforation ver-



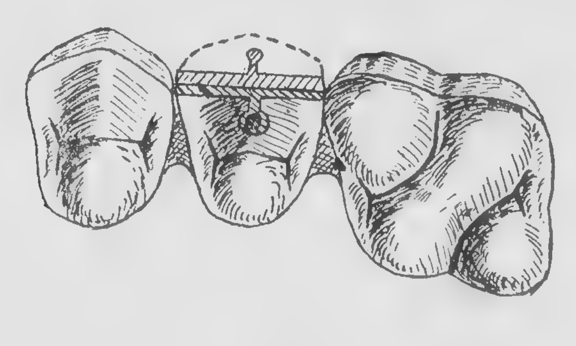
ticale se fait au centre de l'emplacement de la facette et très près du bord vestibulaire (fig. 3).

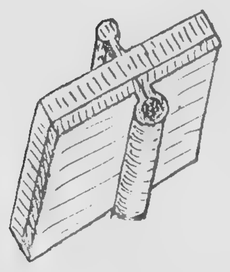
4° Avec une fraise à fissure enlever l'épaisseur de l'or au centre du canal foré et sur toute la longueur de celui-ci on obtient ainsi une mortaise (fig. 4).

5° Prendre un fil d'or d'un diamètre inférieur à celui du foret (fig. 5) et un peu plus long que la mortaise, entourer



ce fil d'une plaque d'or pur de 1/20me ou 1/10me de $^{m}/_{m}$ d'é-





paisseur (1 ou 2 la filière française), les bords de cette plaque mince d'or pur devant se rejoindre pliés à angle

droit à leur point de rencontre et se faisant vis-à-vis on obtient ainsi une gaine ouverte avec prolongements.

6° Introduire dans la mortaise le fil d'or muni de sa gaine, les bords de celle-ci émergeant vers le vestibule dans la rainure ouverte (fig. 7).

7° Les bords de la gaine sont rabattus et brunis sur la face d'or du pont (fig. 8), la gaine est retirée avec le fil d'or et un petit morceau de soudure placé en S fig. 8 rend ces deux pièces solidaires, on a ainsi obtenu une glissière s'emboîtant dans une mortaise.

9° Choisir une dent Steele, l'ajuster, puis la munir de sa plaquette, coller le tout sur la glissière préalablement mise en place, il ne reste plus qu'à souder la plaquette de la dent Steele à la glissière.

10° Sceller la glissière, puis la facette Steele au ciment (fig. 9).

PERFORATIONS DE LA VOUTE PALATINE CONSÉCUTIVES AU PORT D'APPAREILS DE PROTHÈSE MUNIS DE SUCCION AUTOMATIQUE

Par M. WALLIS-DAVY,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

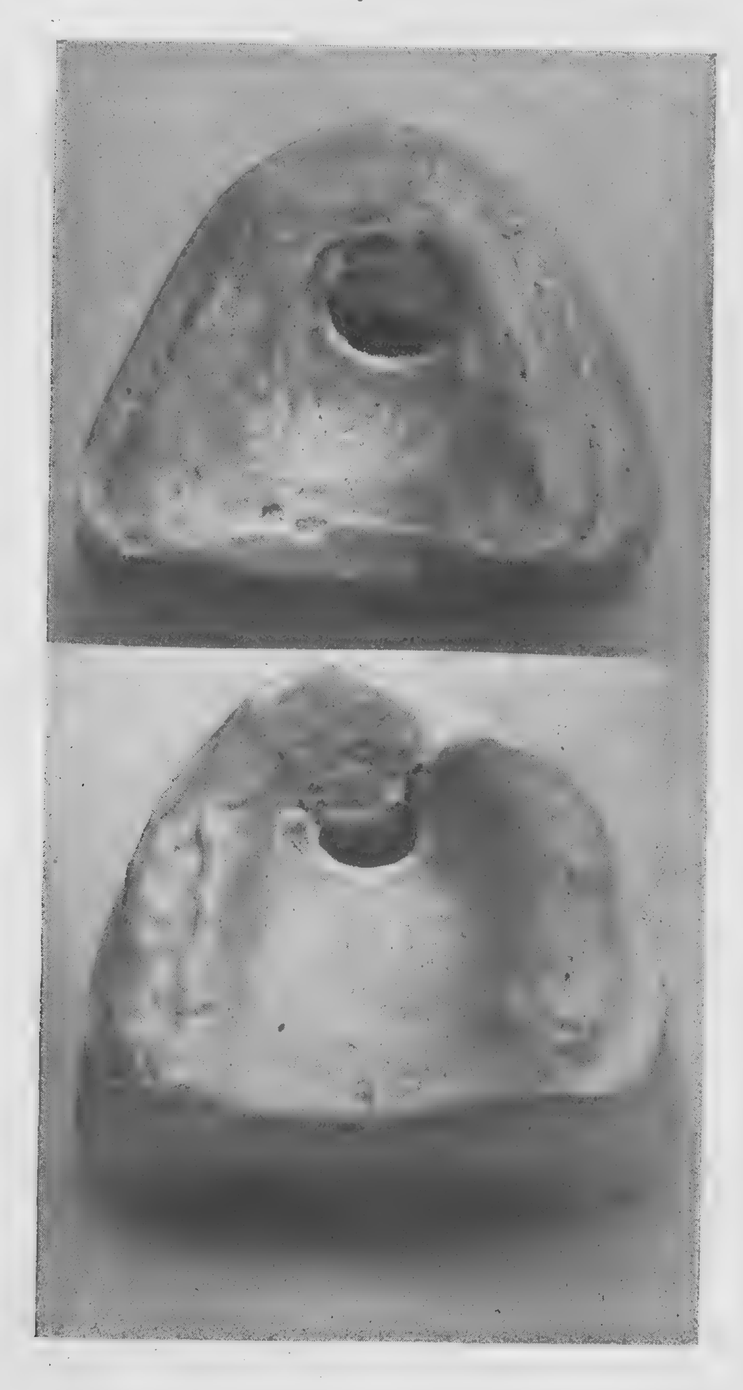
(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921).

Dans mon service, tant à l'Ecole dentaire qu'à l'hôpital Lariboisière, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de perforation de la voûte palatine dus au port de prothèses dentaires munies de succions automatiques.

J'ai cru de mon devoir de signaler à la Société d'Odontologie le danger de ce mode de rétention des appareils pour mettre en garde les confrères qui l'utilisent habituellement ou seraient tentés de l'utiliser exceptionnellement pour les palais où les moyens normaux paraissent insuffisants.

Ayant observé un cas à la clinique de prothèse de l'Ecole,

je me souvins avoir déjà vu deux cas semblables il y a quinze ou seize ans, quand j'étais mécanicien.



Très intéressé, j'interrogeai la malade, pensant être en présence d'une spécifique et attribuant à son état pathologique le développement de cette lésion.

Dans son observation, rien ne vint confirmer cette hypothèse. Je fis faire alors à Lariboisière, dans le service de M. le prof. Sebileau, un Wassermam qui fut négatif. Le même jour, M. Morel, interne dans ce service, me montra une malade portant une perforation de même origine, un peu moins étendue toutefois, me signalant qu'il avait publié, dans la *Revue de Stomatologie*, l'observation d'un cas semblable.

Il prétend qu'on ne rencontre ces accidents que chez les spécifiques ou para-syphilitiques, au même titre que le tabès, le mal perforant buccal.

Il me semble que l'action mécanique de la succion, par sa valve, est suffisante pour produire la raréfaction osseuse.

Pourtant cette lésion paraît atteindre tout d'abord le tissu osseux, la muqueuse ne se perforant qu'après la création d'un sillon d'élimination, quand le sequestre est mobile.

Cette évolution, je l'ai observée chez une malade portant une perforation semi-lunaire à gauche de la voûte palatine. J'eus l'idée de poser mon doigt à droite, sur la portion symétriquement opposée à la perforation. J'eus alors nettement l'impression que sous la fibro-muqueuse une portion d'os manquait. M. Morel, de son côté, fit une découverte semblable au moment de faire une palatoraphie.

De toute façon, que la succion automatique provoque seule la perforation ou qu'elle ne la provoque que sur un terrain favorable, elle n'en est pas moins dangereuse et son emploi doit être complètement rejeté.

Je vais donner lecture de l'observation et je présenterai ensuite la malade qui a bien voulu venir ce soir, ainsi qu'une deuxième, également en traitement dans le service.

Je vous signale qu'à la suite de quelques recherches j'ai retrouvé en moins de quinze jours sept perforations dues aux succions automatiques.

Mme D., 50 ans, se présente à la clinique de prothèse pour la pose d'un appareil au maxillaire supérieur. Elle

porte déjà un appareil dont l'état de propreté laisse à désirer.

A l'examen on trouve une perforation allongée, semi-lunaire, correspondant à la rondelle de caoutchouc d'une succion automatique. La malade questionnée nous apprend qu'elle porte cet appareil depuis 18 ans environ.

Il y a environ six ans elle a ressenti une sensibilité exagérée du palais avec gonflement des tissus.

La malade a alors consulté un dentiste qui lui a dit que ces douleurs et ce gonflement des tissus étaient dus à la rondelle trop dure et lui a mis une nouvelle rondelle. Dès ce moment, les douleurs ont augmenté et sont devenues telles que la malade évitait de retirer son appareil et ne le nettoyait, dit-elle, que tous les trois ou quatre jours.

Après un temps assez court elle remarqua du pus sur la face palatine de la plaque. La suppuration augmenta à tel point que l'écoulement s'effectuait par le nez. La malade ne fit rien, ne prit aucun soin particulier. L'écoulement finit par tarir, laissant une perforation apportant une grande gêne dans la phonation. La malade, comme vous allez pouvoir le constater, ne peut plus parler sans plaque.

INCIDENT D'ANESTHÉSIE

Par Ch. Guébel,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, en collaboration avec le Dr Paul Lucas-Championnière.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921.)

Dans l'accident en question j'étais l'opérateur, le docteur P. Lucas-Championnière fut l'accidenté.

Le fait s'est passé vers la fin de la guerre dans une ambulance d'Alsace. J'avais à meuler dans la bouche de Championnière une dent vivante contenant un amalgame. Le premier contact de la meule avec la dent provoqua une sensibilité très vive que Championnière ne put supporter.

N'ayant pas de novocaïne à 5 o/o à ma disposition, nous décidâmes d'un commun accord de préparer nous-mêmes une solution de cocaïne à 2 1/2 o/o et d'en injecter deux centimètres cubes. L'opération fut pratiquée vers 1 heure et demie de l'après-midi après que Championnière eut absorbé un grand bol de café noir. Je terminais ma piqûre, la seringue était encore en place que déjà Championnière ressentait un malaise très violent l'obligeant à s'étendre sur un brancard. Je lui défis en hâte son col et sa cravate et lui fis une injection de caféine. Sa respiration était courte, haletante, le facies excessivement pâle. Un demi-verre d'éther absorbé rapidement provoqua instantanément un réflexe nauséeux qui le débarrassa incontinent de son déjeuner. La respiration en fut facilitée. Lui-même compressait son thorax et s'efforçait de vaincre la résistance de ses muscles inspirateurs. Il fit aussi une anesthésie locale généralisée. Tout le territoire supérieur fut complètement insensibilisé pendant près d'une demi-heure, puis l'anesthésie descendit, en pèlerine, et envahit successivement les différents étages de son organisme. Chaque région était, avant de recouvrer sa sensibilité, le siège de contractures fibrillaires atrocement douloureuses.

Il va lui-même vous décrire ce qu'il a ressenti.

Nous luttâmes ainsi jusqu'à six heures du soir. A ce moment le danger immédiat étant passé on put le ramener jusqu'à sa chambre. Les malaises ne cessèrent complètement que plusieurs jours après.

Je n'ai pas besoin de vous dire toutes les discussions que provoqua cet accident dans le milieu militaire où nous nous trouvions. La question dose fut longtemps discutée.

Quelque temps après Championnière se trouvant sur la route reçoit, au passage d'une auto, un petit fragment de pierre dans l'œil. Il se frotte et arrive à l'ambulance l'œil congestionné et souffrant assez. Un camarade ophtalmologiste lui mit dans l'œil une goutte de cocaïne à un demi pour cent. Cette goutte provoqua en petit les mêmes accidents que la première fois dénotant ainsi chez Champion-

nière une idiosyncrasie à une dose même infime de cocaïne.

La conclusion est que cette idiosyncrasie peut se présenter chez n'importe lequel des patients que nous sommes appelés à soigner. C'est une chance inouïe que l'accident que je viens de vous rapporter n'ait pas été mortel, et il est préférable de ne pas s'y exposer à nouveau en n'employant pas comme anesthésique des produits contenant de la cocaïne. Nous avons à notre disposition des médicaments tels que la novocaïne qui présentent des qualités anesthésiques au moins égales à la cocaïne et qui sont infiniment moins toxiques.

QUATRE ÉVOLUTIONS ANORMALES DE DENT DE SAGESSE

Par Ch. Guébel,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921.)

Au mois de mars dernier un élève de l'Ecole, maintenant notre confrère, vint me prier de m'occuper de sa cousine. Celle-ci se plaignait de névralgies violentes dans le côté droit de la mâchoire et attribuait ces névralgies à sa dent de sagesse non évoluée.

Elle m'apportait une radiographie montrant une dent de sagesse inférieure droite calée entre la dent de douze ans et la branche montante du maxillaire. La malade ne présentait ni trismus ni aucun signe d'infection. Je fis, à sa demande, une tentative d'extraction sous anesthésie générale, tentative infructueuse, la dent ne se trouvant pas, comme je le vis plus tard, à la place indiquée sur la radio. Suivant le conseil d'un confrère présent, j'enlevai la dent de douze ans espérant voir évoluer normalement la dent de sagesse.

Mais au bout de deux mois celle-ci n'ayant pas évolué et les névralgies étant intolérables, je pratiquai avec mon confrère Heidé une nouvelle radio sur pellicule qui nous fit dé-

couvrir notre dent complètement incluse dans le maxillaire.

Après une anesthésie péritronculaire pratiquée dans la région de l'Epine de Spix je pus, à l'aide de la gouge et du maillet, énucléer la dent. La cicatrisation se fit rapidement, les névralgies cessèrent.

Un mois après elles reprirent de l'autre côté. Une nouvelle radiographie nous fit découvrir la dent de sagesse inférieure gauche dans la même situation que la droite. L'extraction en fut faite dans les mêmes conditions que pour la première, moins le sacrifice de la dent de douze ans.

La malade fut tranquille pendant environ trois mois. A ce moment les douleurs bilatérales reparurent. Encore une fois la radiographie nous fit découvrir les deux dents de sagesse supérieures situées très profondément dans la tubérosité du maxillaire supérieur. La face triturante de la dent de droite notamment était en contact avec l'apex de la dent de douze ans. Après avoir anesthésié le corps du maxillaire inférieur avec de la scurocaïne à 2 o/o portée dans la fosse ptérygo-maxillaire, je pus, à deux semaines d'intervalle, extraire les deux dents. Aucune infection ne survenant, la cicatrisation fut rapide et actuellement les névralgies ont définitivement disparu.

DEUX CAS D'INFILTRATION D'AIR DANS LE TISSU CELLULAIRE

Par J. Brille.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921*).

L'incident que j'ai à vous relater s'est présenté deux fois au cours de traitements réguliers de 3ᵉ et 4ᵉ degré.

A) *Prémolaire inférieure gauche pyhorréique. Dévitalisation en vue d'un bridge immobilisateur.* — Durant le traitement, alors que je faisais de l'air chaud dans le canal à l'aide de la seringue à air chaud du tableau

électrique Ritter, j'ai nettement vu vibrer à l'air la languette gingivale décollée autour du collet.

La malade accuse une douleur que j'ai crue occasionnée par l'air chaud, douleur régionale en même temps.

Terminaison du traitement, obturation du canal, gutta, et lorsque la malade quitte mon fauteuil elle avait une joue grossie presque comme un poing dans la région sous-orbitaire (alors qu'il s'agissait d'une prémolaire inférieure).

L'œil complètement fermé, douleur, mais aucune inflammation, fatigue générale extrême. La malade s'est étendue un moment, compresses d'eau froide sur la joue. Le gonflement dura quatre jours environ sans douleur, puis disparut.

B) *Molaire inférieure droite.* — Aucune pyhorrée, cavité de molaire (3e degré) dont toutes les parois existent. Air chaud par le même procédé. Douleur attribuée à la chaleur. Terminaison du traitement.

Le malade, rentré chez lui, fait appeler un médecin : il avait le cou et toute la partie supérieure du thorax gonflés.

Le médecin diagnostique un début d'angine de Ludwig. Il n'y avait rien de cela en vérité (aucune inflammation, aucune température).

La sensation d'étouffement provenait du gonflement du cou. Quelques jours le malade resta ainsi, abattu, mais sans température, puis tout rentra dans l'ordre.

Voilà donc deux cas d'infiltration d'air à travers le tissu cellulaire. Je les crois dus à la trop forte pression sous laquelle l'air a été insuflé dans les cavités. La voie de pénétration semble assez imprécise, mais il n'en est pas moins vrai que ces complications sont à craindre.

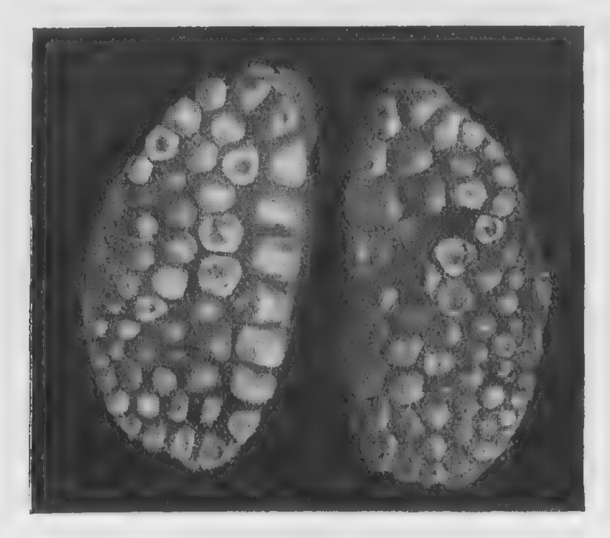
LES DENTS DU CORVINA NEGRA

Par Louis U. Giovacchini,
Dentiste en chef de l'Hôpital des Enfants à Buenos-Ayres.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 janvier 1921.)

Je vous présente un curieux spécimen de dents. Ces dents, qui à première vue, ressemblent à un kyste dentaire, ne sont pas une anomalie, mais les dents d'un poisson qui abonde le long des côtes de l'Atlantique, dans le Sud de l'Amérique et que les pêcheurs appellent « Corvina negra ».

Le poisson que j'ai pris avait un poids variant entre trente et cinquante kilos. Son aspect est celui d'un bar commun, mais naturellement, à cause de son poids, beaucoup plus long et il est couvert de grandes écailles gros-



Maxillaire supérieur.

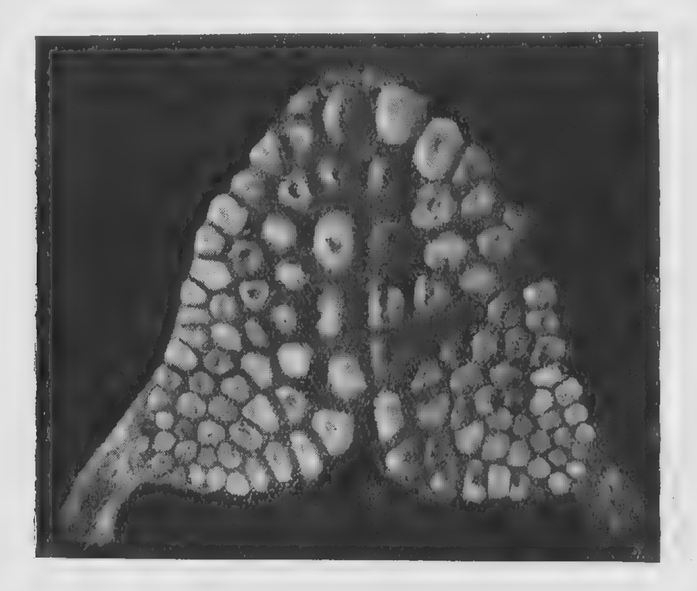
sières de couleur noirâtre. Ce poisson se nourrit d'invertébrés et de crevettes, et ses organes digestifs sont aussi curieux que ses dents, l'estomac étant pourvu d'une série d'appendices qui rappellent celui d'un gant.

La pêche à la « Corvina negra » constitue un sport. L'appât dont on se sert est un crabe assujetti à un hameçon supporté par une forte ligne ; il est nécessaire d'en avoir

plusieurs en réserve de manière à pouvoir répondre aux secousses énergiques du poisson quand il se sent pris, lui donnant aussi de la ligne jusqu'à ce qu'il soit à bout de forces, car autrement la ligne se casserait, ou bien la gueule de la victime serait déchirée.

Ce poisson n'a pas de valeur culinaire, quoique dans certains parages on le fasse sécher comme une morue.

Les dents sont arrangées comme des grains de maïs sur un épi, elles sont dépourvues de racine et légèrement encastrées dans l'os. Quand on les arrache, elles sont très



Maxillaire inférieur.

semblables à des grains de maïs. Elles ont la couleur de l'ivoire jaune et n'ont pas de moelle à l'intérieur. Le nombre de dents est de 120 pour le maxillaire inférieur et d'autant pour le maxillaire supérieur, soit au total 240.

Le maxillaire inférieur est articulé avec le supérieur, s'appuyant avec ses deux condyles sur deux cavités glénoïdes, qui ne sont pas dans le maxillaire supérieur.

Le maxillaire supérieur est divisé en deux parties, et chacune d'elles a ses propres mouvements, permettant ainsi à la nourriture d'être emprisonnée et soumise à la trituration.

REVUE DES REVUES

RAPPORTS DE LA SEPTICITÉ BUCCO-DENTAIRE AVEC LES MALADIES GÉNÉRALES

Par le Dr Léon Frey,
Chargé du cours de stomatologie à la Faculté,

et Charles Ruppe,
Interne des hôpitaux.

Les rapports de la septicité bucco-dentaire avec les maladies générales ont été l'objet, en Angleterre, mais surtout en Amérique, de discussions passionnées. On sait que nombre de maladies sont provoquées par un foyer infectieux chronique, parfois latent ; on connaît en outre la fréquence des foyers dentaires et péridentaires ; il n'y avait donc qu'un pas à franchir pour leur attribuer un rôle de premier plan dans le déterminisme des maladies infectieuses. Ce pas a été franchi par beaucoup d'auteurs (W. Hunter, W. Duke, Ch. H. Mayo), qui sont ainsi arrivés à des opinions extrêmes [1].

Afin d'apporter quelque clarté dans cette question, nous passerons successivement en revue les lésions bucco-dentaires, en allant des plus importantes vers les plus minimes et nous dirons, chemin faisant, les accusations formulées contre chacune d'elles.

I. — Les septicémies d'origine buccale n'ont jamais donné lieu à la moindre contestation, et ce serait sortir du cadre de cet article que de nous étendre sur les septicémies lympho et phlébo-phlegmoneuses, bien établies par Sebileau. Relatons seulement les septicémies sans localisation qui surviennent à la suite d'accidents bucco-dentaires plus ou moins graves.

Elles évoluent sans fracas, le malade s'asthénie, s'amaigrit et s'éteint en quelques semaines. Aussi Chassaignac les décrivait-il sous le nom de « cachexie buccale », Richet « d'intoxication putride » et Lejars « de cachexie dentaire » ; Tellier les encadre dans sa « septicité bucco-dentaire [2] ».

Elles peuvent cependant, dans certains cas, devenir des septicopyohémies, et alors des abcès métastatiques en abrègent le cours.

---

1. Rosenow (Clinique des frères Mayo). — The relation of dental infection to systemic disease. *Dental Cosmos*, mai 1917, p. 485.

Ch. H. Mayo. — Oral sepsis. *Dental Cosmos*, juillet 1918.

2. J. Tellier. — La septicité bucco-dentaire et ses conséquences. *Odontologie* ,1906. *Lyon médical*, 10 oct. 1920.

Voici donc des faits bien classés. Des accidents bucco-dentaires sont susceptibles de provoquer des septicémies avec ou sans localisation.

II. — Ce premier échelon gravi, nous nous trouvons en face des lésions dentaires aiguës. Une dent est infectée. L'infection dépasse la dent, frappe son articulation alvéolaire. Il y a monoarthrite suppurée, avec extension plus ou moins considérable aux tissus voisins.

Est-elle capable d'engendrer des maladies infectieuses ? J. Mendel [1] a pratiqué dans ces conditions 8 hémocultures : 6 furent négatives, les 2 autres décelèrent l'une du pseudo-méningocoque, l'autre du streptocoque non hémolytique. Il rapporte 3 cas où l'arthrite alvéolo-dentaire, avec grosse réaction fébrile, fut le prélude d'une phlébite et de deux endocardites, mais ces dernières, chez des malades anciens rhumatisants, ayant déjà lésé leur cœur.

Y a-t-il eu simple coïncidence ? Ou bien le foyer dentaire a-t-il été le *primum movens* d'une maladie infectieuse au même titre qu'une angine, par exemple, chez un malade dont l'organisme est déficient ?

Toujours est-il que ces cas sont exceptionnels et que le grand nombre de malades atteints de lésions dentaires aiguës sans autre incident s'oppose d'une façon éloquente au nombre infime des cas compliqués.

III. — En face des affections chroniques dentaires et péridentaires, le problème se resserre et s'obscurcit. Certains auteurs américains et anglais les considèrent comme des menaces constantes pour l'organisme.

Quelles sont donc ces lésions ? Nous pouvons les répartir en 3 groupes :

A) Lésions chroniques muqueuses ;

B) Lésions chroniques dentaires, apparentes ou du moins à manifestations cliniques évidentes ;

C) Pseudo-lésions chroniques dentaires.

A) Ce sont les gingivites et les pyorrhées alvéolo-dentaires. Tantôt elles sont dues à des causes locales : mauvaises obturations, malpositions dentaires, couronnes artificielles mal ajustées, dépôts de tartre. Tantôt, c'est l'état général qu'il faut incriminer.

Il y a toujours là des foyers d'infection pour l'organisme ; en particulier dans la polyarthrite alvéolo-dentaire pyorrhéique, les lésions aboutissent à la formation de poches purulentes multiples, qui, toutes ensemble, constituent une importante surface de résorption infectieuse [2].

---

1. J. Mendel. — Foyers infectieux périapexiens et la question de leur retentissement sur l'état général. *Odontologie*, juillet 1920.

2. Pyorrhœa alveolaris in Medical Practice, par Crow et Ebin. *Brit. Dental Journal*, mars 1921.

B) Ici, il y a abcès apical ; le fond de l'alvéole est plus ou moins touché, l'apex de la dent est corrodé ou détruit ainsi que la partie correspondante du ligament alvéolo-dentaire. Cet abcès peut être consécutif à une carie du 4e degré ou à une simple mortification pulpaire sans carie. Il peut se draîner par le canal dentaire ou par le ligament.

Les lésions peuvent encore s'extérioriser par fistulisation. Enfin, même non apparentes, elles se manifestent par une percussion dentaire et une palpation gingivo-alvéolaire plus ou moins douloureuses, ainsi que par des phénomènes névralgiques.

La radiographie révèle sur l'épreuve positive une zone claire périapicale plus ou moins étendue. Est-ce là l'abcès borgne, le « blind abscess » des Américains ? Probablement, car lorsqu'on extrait la dent, il n'est pas rare que la racine entraîne avec elle un appendice plus ou moins volumineux, lequel est un granulome de Rédier (de Lille) pur ou abcédé ou kystique.

Par malheur, les auteurs ont donné gratuitement le même nom d'abcès borgne à la même image radiographique observée dans le groupe C.

C) Nous arrivons à présent à ces cas dans lesquels une dent a été dévitalisée, un 4e degré soigné, les canaux obturés ; le malade n'éprouve aucune douleur, ni *spontanée ni provoquée*, il se sert parfaitement de sa dent et cependant à la radiographie on voit, à l'apex, une zone de raréfaction, une plage claire absolument semblable à celle décrite dans le groupe B, sauf qu'elle est ordinairement moins étendue.

Telles sont donc les lésions chroniques incriminées. Quels peuvent être leurs méfaits dans l'économie ? D'après certains confrères américains et anglais, ils seraient des plus variés et des plus graves.

Coldmann rapporte que dans un hôpital d'enfants, à Londres, 52 o/o des petits malades atteints d'endocardite présentaient comme lésion première un abcès dentaire. Le microbe agissant était le streptococus viridans.

William Hunter [1] insiste sur les conséquences digestives de la septicité bucco-dentaire : dyspepsie, gastro-entérite, gastrite infectieuse avec ulcération.

Watson [2] rapporte des cas d'arthrite métacarpo-phalangienne, des troubles d'allure rhumatismale, des éruptions cutanées de nature infectieuse.

D'autres auteurs ajoutent des maladies nerveuses et mentales,

---

1. W. Hunter. — The role of sepsis and of antisepsis in medicine. *Dental Cosmos*, juillet 1918.
2. W. B. Watson. — *The Lancet*. de Londres. Tome CC, 1er janvier 1921.

quoique Mills [1], neurologiste américain, se voit violemment élevé contre de pareilles assertions.

Il nous paraît inutile de reprendre ici l'énumération de W. Duke [2] : ce serait transcrire la table des matières d'un traité de pathologie infectieuse.

Si donc l'on tient pour vraies ces conclusions, il faut enlever toute dent dont la carie atteint la pulpe, s'abstenir de toute dévitalisation. Les couronnes, les dents à pivot, les obturations doivent être considérées comme de véritables « gold traps of septicis » (Hunter). C'est la condamnation sans recours de la dentisterie conservatrice ; c'est ainsi qu'à New-York, dans les cliniques, il est recommandé d'extraire toutes les dents sans pulpe pour sauvegarder la santé des enfants. Howe [3] rapporte ce fait, en le critiquant d'ailleurs avec sévérité.

Et en effet que de critiques à apporter à de telles déductions ! La richesse du milieu buccal en microbes (on les rencontre tous) empêche d'établir une corrélation bactériologique entre une infection dentaire et une manifestation infectieuse à distance. Prenons par exemple la statistique de Black [4]. Il a examiné les radiographies dentaires de 600 sujets pris au hasard et ne venant pas consulter pour une affection buccale, il a trouvé que 469 d'entre eux étaient atteints d'affections péridentaires ou apicales, ou des deux à la fois, il tire des conclusions de cause à effet, sans pousser plus loin l'analyse clinique qui aurait pu établir le rapport entre la septicité bucco-dentaire et l'état général. Donc aucune conclusion rationnelle n'est possible.

Tout d'abord, il est de toute logique de prouver l'authenticité de tous les soi-disant foyers infectieux périapexiens. L'infection est hors de doute dans les pyorrhées, dans les abcès fistulisés ou non, même dans certaines granulomes et il faut en débarrasser l'organisme par les moyens appropriés. En est-il de même quand le seul symptôme consiste en une zone de raréfaction découverte à la radiographie ? Cette image ne représenterait-elle pas un simple tissu fibreux de cicatrice ? Certains auteurs américains (Dr Garvin, de Winnipeg, Dr Crane, de Washington) [5] n'ont-ils pas établi par leurs prélèvements et leurs cultures le parfait état de stérilité

---

1. MILLS. — *New-York med. Journ.*, 1920. L'infection dentaire dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales.

2. W. DUKE. — Oral sepsis in its relationship to systemic disease. Saint-Louis, 1918.

3. Percy R. HOWE. — To what degree are oral pathological conditions responsible for systemic disease. *Dental Cosmos*, janvier 1920.

4. BLACK (de Chicago). — Traitement préventif des infections chroniques du procès alvéolaire. *Dental Summary*, oct. 1919. *Odontologie*, 30 janvier 1921.

5. *Dental Cosmos*, janvier 1921. Maurice PETERS.

de certaines de ces zones claires ? Enfin combien de malades du système nerveux, du tube digestif, victimes de ces plages claires radiographiques (à l'exclusion de tout autre symptôme dentaire) n'ont éprouvé aucune espèce d'amélioration de leur état général à la suite des multiples extractions dentaires auxquelles ils se sont prêtés !

Conclusions. — En résumé :

1° Il existe une septicémie buccale bien définie.

2° De même qu'une pneumonie peut se produire par exaltation de virulence du pneumocoque contenu dans la bouche [1], de même un abcès dentaire, survenant chez un individu en état de réceptivité, peut être le point de départ d'accidents infectieux, mais ce n'est pas fréquent.

3° Il en est de même des accidents infectieux chroniques bucco-dentaires. *Ce sont des foyers qu'il faut combattre.* C'est d'une hygiène élémentaire. Mais leur rôle dans la génèse des maladies mérite d'être établi par des recherches minutieuses et de longue haleine, qui sont à faire.

4° Quant aux zones de raréfaction osseuse décelées seulement par la radiographie, elles sont loin d'indiquer toujours des abcès borgnes. Il ne faut pas demander à la radiographie plus qu'elle ne peut donner. C'est un signe à ajouter aux autres dans l'ensemble des symptômes, sans plus. Il n'en est pas moins vrai que ce mode d'exploration reste des plus précieux, puisqu'il renseigne sur l'état de la pérident, ignoré sans cela du dentiste ; et cette connaissance peut être de la plus haute importance avant de terminer des soins dentaires ou de construire des appareils inamovibles, comme certains bridges.

5° Il serait d'une pratique bien exclusive et bien aveugle de faire l'extraction de toutes les dents dont la carie atteint la pulpe. Il faut, au contraire, placer la bouche dans les meilleures conditions de service et d'hygiène et l'y entretenir. Ce but est atteint grâce à des soins dentaires *appropriés, minutieux* [2] et contrôlés par tous les moyens *cliniques, radiographiques et bactériologiques* dont nous disposons à l'heure actuelle.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai 1921).

---

1. Les « microbes de sortie », par le professeur Besançon. *Revue de Pathologie comparée*, 20 janvier 1921.

2. Nombreux sont, aujourd'hui, les cas d'arthrite chronique apicale bien traités, dans lesquels la vérification radiographique a montré la zone claire de raréfaction osseuse devenant une zone progressivement assombrie de recalcification.

REVUE ANALYTIQUE

BRITON. — *Traitement physiothérapique de la constriction permanente des mâchoires.*

La constriction permanente des mâchoires est une infirmité pénible et malheureusement très fréquente ; aussi a-t-elle été l'objet de nombreuses méthodes de traitement.

M. Briton, qui a étudié et traité spécialement cette affection, arrive aux conclusions suivantes : Lorsque la dilatation mécanique n'a produit aucun résultat, on doit, s'il existe des cicatrices, essayer de les débrider par voie interne ou externe et, au besoin, si elles sont étendues, faire de l'autoplastie. En cas d'insuccès il devient nécessaire de créer une pseudarthrose sur la branche horizontale du maxillaire en avant de la limite des adhérences ; s'il s'agit d'une constriction musculaire, il faut essayer une myotomie par voie externe de préférence, ou une désinsertion du masséter à sa base ; dans les cas rebelles, établir une pseudarthrose en avant du masséter.

Dans la constriction articulaire, la formation d'une pseudarthrose constitue le seul traitement soit au niveau du condyle, soit, de préférence, au niveau de l'angle du maxillaire, immédiatement en arrière du masséter.

Mais quel que soit le traitement, il est toujours indispensable de pratiquer la dilatation consécutive pour empêcher le rétablissement d'adhérences ou la formation d'un cal osseux. Mais l'auteur pense, qu'actuellement, avant de recourir aux procédés chirurgicaux, il peut être parfois d'un grand intérêt pour le malade d'utiliser les moyens que nous donne la physiothérapie.

M. Briton rapporte, à l'appui de sa thèse, une observation intéressante, suivie de guérison.

La thérapeutique employée fut l'ionisation au chlorure de sodium. Treize séances de 45 minutes furent suffisantes pour obtenir un écartement de 4 centimètres permettant la mastication. L'écartement initial était de 2 millimètres tout au plus.

(*Presse Médicale*, 12 janvier 1921).

FANTON. — *La fumée de tabac est un désinfectant de la bouche.*

L'auteur, à la suite de recherches et d'expériences sur la résistance de quelques microbes pathogènes, affirme que la fumée du tabac a une action bactéricide notable. Cette action persiste même, si on enlève la nicotine en filtrant la fumée à travers un tampon d'ouate. Cette action bactéricide se fait en particulier sur le vibrion cholérique, le méningocoque, le bacille de Pfeiffer, le bacille typhique, le bacille diphtérique.

(*Ann. di Igiene*, N° 8, 1920.)

Gaston Odin. — ***Sur un nouveau procédé de diagnostic de la syphilis.***

La nouvelle méthode présentée par l'auteur consiste à prélever dans un tube stérilisé à 180° au four Pasteur, 50 centimètres cubes de sang du sujet à examiner ; on laisse reposer de vingt-quatre à quarante-huit heures et on répartit le sérum dans trois ampoules stérilisées de 5 à 6 centimètres cubes ; on y ajoute une ou deux gouttes de sang du flacon récepteur et on additionne le contenu de chacune de ces ampoules de un centimètre cube de la solution de fluorure de sodium dans le sérum physiologique à un pour mille.

On obtient ainsi un sérum exalté qui, injecté à deux ou trois reprises à raison d'une ampoule par jour pendant trois jours, provoque rapidement une exaltation des accidents existant déjà chez le malade. On obtient même, chez certains malades dont les accidents avaient disparu depuis un certain temps, une réapparition de ces accidents, notamment chez les secondaires, roséoles ou plaques muqueuses, ou les deux simultanément. Chez les tertiaires, on obtient des syphilides papuleuses ou des douleurs fulgurantes, ou de l'eczéma. On obtient même ces résultats probants chez des malades n'ayant jamais eu connaissance d'accidents syphilitiques et ignorants, par conséquent, leur syphilis.

(*Académie des sciences*, 29 novembre 1920.)

Fargin-Fayolle. — ***La pelade dentaire.***

L'interprétation de la pelade a toujours oscillé entre deux théories : la théorie nerveuse et la théorie parasitaire, jusqu'au jour où Jacquet, vers 1900, démontra que la pelade n'était pas contagieuse et avait une origine nevro-trophique. La production de la pelade nécessite la coexistence ou la succession de trois grands ordres de causes :

1° Des causes prédisposantes, hérédité, nervosisme, viciation organique. On peut affirmer que tous les peladiques sont des nerveux et que c'est sur de tels terrains et sur ceux-là seulement que des irritations organiques (gastro-intestinales, broncho-pulmonaires, traumatiques, dentaires) peuvent déclancher le processus peladique.

2° Des causes déterminantes générales, infection, surmenage, traumatisme physique ou psychique, influence saisonnière, mue.

Donc, certaines lésions dentaires sont peladogènes ; parmi celles-ci celles qui interviennent le plus souvent sont les irritations gingivo-alvéolaires : évolution dentaire, irritations physiologiques, arthrites chroniques, irritations pathologiques.

Pourquoi les irritations gingivo-alvéolaires produisent-elles plus souvent, on pourrait même dire presque exclusivement, la pelade que les irritations dentaires propres ? C'est que pour produire la pelade, la continuité et la répétition d'une irritation sont plus importantes que son intensité. Cette irritation latente du trijumeau va se réfléchir, par l'intermédiaire du noyau bulbaire, de la racine inférieure de ce nerf, de la colonne grise médullaire et des racines sensitives des

premiers nerfs cervicaux, en un point bien canalisé de la surface cutanée dont elle modifie le trophisme d'une façon profonde et durable.

Et l'auteur ajoute qu'il existe une véritable relation entre le siège des lésions dentaires et le siège des lésions peladiques.

L'aire peladique dentaire a des caractères communs à toutes les aires peladiques de n'importe quelle autre origine et des caractères spéciaux :

Caractères communs : plaque dépilée s'étendant excentriquement, souvent par encoches ; le centre de l'aire est totalement glabre, sur le pourtour existent des poils malades cassés ou massués, qui tombent rapidement, augmentent l'étendue de la plaque. Tant que sur une aire peladique existent des poils cassés et massués, c'est que la plaque est en voie d'extension.

Caractères propres : 1° en général, aires peu nombreuses et peu étendues ;

2° Elles succèdent assez souvent à une crise douloureuse dentaire ;

3° Elles s'accompagnent, du moins à leur début, d'un certain nombre de phénomènes (hyperesthésie, érythrose, hyperthermie, adénopathie), que Jacquet a groupés sous le nom de syndrome dentaire et qui sont l'expression de l'irritation du trijumeau.

Au point de vue pronostic on peut dire que de toutes les pelades, les pelades dentaires sont les plus facilement curables, sauf celles liées à l'évolution des dents. Le diagnostic de pelade dentaire est assez facile. Les éléments qui permettent de faire ce diagnostic sont :

1° Les antécédents ;

2° Les caractères des lésions dentaires ;

3° Les caractères de l'alopécie.

Le diagnostic posé, il faut rechercher, en se basant sur la localisation de la pelade et sur l'examen minutieux des dents, quelle est la cause dentaire de l'alopécie de manière à instituer le traitement immédiatement.

Quelle est maintenant la fréquence de la pelade dentaire relativement aux autres variétés de pelade.

Sur plus de 1000 cas examinés par lui, l'auteur a trouvé environ 10 0/0 de cas de pelade dentaire pure ; environ 25 0/0 de cas dans lesquels l'influence dentaire est associée à d'autres causes, mais est encore prédominante ; enfin, dans quelques autres cas, l'influence dentaire, sans être exclusive ni prédominante, n'en est pas moins manifeste.

M. Fargin-Fayolle pense même que ce qui est vrai en matière de pelade est vrai pour toutes les dermatoses. Les irritations dentaires, par leur action sur le trijumeau, c'est-à-dire sur le nerf le plus esthésiogone, le plus réflexiogène de l'organisme, suscitent directement ou indirectement toute une série de troubles, particulièrement dans le domaine cutané.

(*Revue de Stomatologie*, N° 9, 1920.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Confection rapide d'un ruban de matrice. — Sur une feuille de matière à matrice d'acier ordinaire découper un ruban suffisamment large pour aller du bord gingival de la dent brisée au plan occlusal et suffisamment long pour déborder de 1 mm. 5 à 3 mm. quand il est placé sur la dent.

Ajuster le ruban, l'enlever, le façonner pour éviter de léser la membrane péridentaire et le replacer dans la même position que précédemment. Glisser sur le ruban une boucle en fil métallique fixée dans un manche de tire-nerf. Ajuster et tordre le fil métallique jusqu'à ce que le ruban saisisse la dent. Laisser le manche de tire-nerf attaché afin de s'en servir pour enlever et replacer la matrice comme on le désire, retenir les lèvres en arrière et la matrice fortement en place pendant qu'on foule l'amalgame. Quand celui-ci a pris et peut être façonné, détordre le fil, redresser le ruban et le faire glisser dans l'espace interproximal.

Il est aisé de confectionner, d'ajuster, de fixer et d'enlever ce ruban.

(*Dental Digest*, août 1919).

Correction des travaux de soudure et des inlays. — Souvent nous remarquons dans nos travaux de soudure un creux ou une coulée, par exemple une jointure imparfaite au collet d'une couronne Richmond. Faire un amalgame de quelques boulettes d'or à aurifier et de mercure. Les ors mats conviennent admirablement. Se servir d'un mortier et d'un pilon qui n'ait pas été touché par des alliages d'amalgame d'argent : il est d'ailleurs tout aussi bon de malaxer dans la paume de la main. Je nettoie toujours la paume, le pouce et l'index de mon autre main avec de l'alcool avant de faire un amalgame. Bien nettoyer la pièce à réparer. Chasser le surplus de mercure dans une peau de chamois propre. Passer doucement un brunissoir ou le doigt sur l'amalgame à l'endroit que vous voulez restaurer. Mettre la pièce sur un morceau de mica ou une feuille de métal et chauffer lentement. En quelques minutes tout le mercure est enlevé laissant une surface d'or jaune. Refroidir, façonner et polir. Cette méthode convient surtout pour les inlays. Pour différencier, ajouter un peu d'amalgame d'or à l'inlay et introduire dans la cavité avec pression, façonner et enlever soigneusement. Chauffer comme avant et le mal est réparé. Se servir de l'amalgame bien sec et il y aura peu de retrait. Ne chauffez pas

trop longtemps. J'emploie cette méthode depuis des années et il n'y a pas à craindre d'empoisonnement par le mercure.

(*Dental Digest*, août 1919).

Polissage des travaux en vulcanite. — Les cônes faits avec de vieux bouchons de la dimension voulue sont bien supérieurs à ceux qui sont en feutre. Ils polissent mieux, n'absorbent pas autant d'eau et ne coûtent rien. Ils n'exigent pas de fluide comme matière à polir, par suite ils évitent aux vêtements et à tout ce qui touche le laboratoire d'être souillés par la ponce qui voltige.

(*Pacific Dental Gazette*).

Formulaire pratique.

Alliages divers.

1°	Plomb	85	parties
	Antimoine	15	—
2°	Plomb	81	parties
	Antimoine	19	—
3°	Plomb	85	parties
	Antimoine	8	—
	Etain	7	—
4°	Plomb	82	parties
	Etain	10	—
	Antimoine	8	—
5°	Plomb	87	parties
	Antimoine	13	—
6°	Plomb	80	parties
	Antimoine	10	—
	Bismuth	10	—
7°	Plomb	82	parties
	Antimoine	10	—
	Bismuth	8	—

Alliages pour l'art dentaire.

A.	Palladium	85	parties
	Argent	15	—
B.	Palladium	82	parties
	Argent	18	—
C.	Palladium	80	parties
	Argent	18	—
	Etain	2	—

(*Procédés modernes*, Bourdais).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 4 janvier 1921.

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Les procès-verbaux des séances de juin et juillet, publiés dans l'*Odontologie*, sont adoptés.

Il est fait part des excuses de M. Frey.

I. — REMPLACEMENT D'UNE FACETTE DE PORCELAINE FRACTURÉE PAR LE CIMENT AU SILICATE PRESSÉ SANS MATRICE DE CELLULOID. — PRÉSENTATION DE MALADE, PAR M. GUÉBEL.

M. Guébel présente le malade et ajoute : J'ai prié un de mes patients de venir pour vous faire voir ce procédé. Le bridge a été fait dans des conditions un peu spéciales, sur la côte de Guinée, par un spécialiste indigène. Il va d'une dent de 6 ans d'un côté à celle de 6 ans de l'autre côté. La dent que vous allez voir a été réparée avec une matrice en celluloïd ; cette réparation n'a duré que 10 minutes. J'ajoute, car cela a son intérêt, qu'il y a 2 mois et demi que la réparation est faite. Il s'agit de l'incisive latérale.

II. — PERFORATIONS DE LA VOUTE PALATINE CONSÉCUTIVES AU PORT D'APPAREILS MUNIS DE SUCCIONS AUTOMATIQUES, PAR M. WALLIS-DAVY.

M. Wallis-Davy donne lecture de sa communication et présente le malade (V. p. 511).

DISCUSSION.

M. Roy. — Les malades qui nous sont présentés sont tout à fait intéressants. Cette complication a été signalée à maintes reprises. Néanmoins, il ne semblait pas qu'elle fut aussi fréquente et vous voyez que M. Wallis-Davy vient de dire qu'il en a rencontré 7 ou 8 en quelques jours. Je crois que cela incitera nos confrères à ne pas se servir d'un moyen de rétention aussi défectueux qui, s'il peut offrir des avantages apparents immédiats, présente d'énormes dangers dans l'avenir.

Ce que je désire relever de particulier dans la communication de M. Wallis-Davy, c'est ce qu'il signale relativement à la résorp-

tion osseuse étendue qu'il a observée dans ces cas, résorption plus étendue que la perforation. Or, il est très possible que la résorption soit antérieure à la perforation, car il est une loi pathologique qui peut trouver ici son application : à savoir que dans toute muqueuse enflammée, le plan sous-jacent subit un processus atrophique. On sait que pour la muqueuse gastrique, par exemple, sous l'influence de l'inflammation chronique, les plans musculaires et élastiques se trouvent atrophiés et entraînent la dilatation gastrique. Il est très vraisemblable qu'ici on puisse observer un processus analogue ; sous l'influence de la succion de caoutchouc, il y a une inflammation chronique de la muqueuse qui, par un même mécanisme, entraîne la résorption osseuse.

Il serait donc possible ainsi que la résorption osseuse soit antérieure à la perforation et que celle-ci ne se produise que lorsque l'os est déjà complètement détruit, car il n'y a plus alors qu'une muqueuse insuffisamment résistante non soutenue par un plan osseux et qui, sous l'influence de l'aspiration, s'ulcère et se perfore.

Voilà peut-être, je crois, le mécanisme qui pourrait expliquer ces perforations, et il me semble que la pathogénie que j'indique là cadrerait assez bien avec les phénomènes observés et la symptomatologie que signale M. Wallis-Davy.

M. le Président. — Je remercie M. Wallis-Davy, au nom de la Société, d'avoir bien voulu nous présenter ces deux cas de perforation et je lui demanderai d'indiquer, dans le texte qu'il fournira pour la publication de ses observations, le nombre de cas qu'il a trouvés en si peu de temps. Il est évident qu'ici, au Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris, on est plus favorisé pour rencontrer ces cas particuliers, mais enfin, il est nécessaire de montrer les inconvénients de cette méthode en signalant la fréquence des accidents.

Je dois dire qu'en clientèle j'en ai rencontré un dernièrement. Un de nos confrères avait placé une succion Godard. Après douze jours de port de l'appareil, l'irritation était telle que la muqueuse avait pris l'aspect spongieux, volumineux que vous connaissez, mais ceci à tel point qu'il a été ensuite très difficile de faire un appareil pour cette malade, car la stabilité de celui-ci était pratiquement impossible, comme conséquence de cette succion Godard maintenue très peu de temps dans la cavité buccale, puisqu'elle y a séjourné quelques jours.

M. Chenet. — J'ai eu également l'année dernière, en clientèle, deux cas qui m'ont été adressés et où j'ai immédiatement supprimé les succions-valves. La muqueuse était déjà ulcérée ; je suis persuadé qu'il y avait déjà résorption osseuse, parce que

actuellement la cicatrisation muqueuse est complètement terminée, mais on voit encore après 6 mois de port d'un autre appareil, le dessin de la succion qui n'a pas disparu. Si on palpe avec le doigt, on sent encore parfaitement une dépression, une sorte d'enfoncement osseux qui semble très bien cadrer avec ce qu'on disait tout à l'heure, à savoir que la déformation osseuse précédait la perforation.

III. — Un cas de correction de prognathisme par la prothèse, par M. Roy.

M. Roy donne lecture de sa communication (V. p. 501).

Discussion.

M. Dufourmentel. — Je suis entièrement d'accord avec M. Roy sur ce point que la grande majorité des prognathismes peuvent et doivent être traités par des moyens purement mécaniques. L'intervention chirurgicale, quelle que soit sa bénignité, quelle que soit la rapidité de son résultat, doit être uniquement appliquée aux cas où le traitement prothétique est impuissant ou insuffisant. C'est, d'une façon générale, les *prognathismes vrais*, d'origine osseuse et non d'origine dentaire, qui ressortiront à ce traitement.

M. le Président. — Le cas que nous présente M. Roy est un cas type de la correction esthétique et fonctionnelle des anomalies de rapport des maxillaires par la prothèse. Je voudrais lui demander s'il a pris l'angle facial de son malade ; c'est une chose que je recommanderai à tous, parce que, avec cet angle, vous avez la possibilité de diagnostiquer d'une façon précise s'il y a prognathisme inférieur ou défaut de développement du maxillaire supérieur et de donner d'une façon exacte le degré de prognathisme ou d'opisthognathisme. Dans tous les cas où l'angle facial mesure entre 70° et 80° ou un peu au-dessous de 70°, il n'y a pas prognathisme inférieur, mais insuffisance de développement du maxillaire supérieur, le cas ressort alors nettement du traitement prothétique ou orthognatique, orthognatique lorsque le sujet est assez jeune, prothétique lorsque le sujet est très âgé. Pendant la guerre, nous avons eu plusieurs soldats adressés non pas comme édentés, mais comme susceptibles, étant donné leur manque d'antagonisme dentaire par défaut de développement d'un des maxillaires, de ne pas se nourrir de façon suffisante. Ils nous étaient envoyés comme les édentés pour amélioration si possible. Les cas ont été traités par des applications prothétiques ; nous ne pouvions pas faire des bridges, et les résultats ont donné entière satisfaction.

Je remercie beaucoup M. Roy de nous avoir présenté l'observation qu'il vient de faire parce que, comme il le dit, elle incitera les confrères, se trouvant en présence de cas comme celui-ci, à des applications prothétiques qui rendent de grands services aux malades au double point de vue fonctionnel et esthétique. Ceci est très apprécié d'eux, et c'est un appoint important dans la démonstration du rôle que les dentistes, par la prothèse, peuvent jouer dans la société.

Un membre. — Dans le cas où les dents seraient existantes en bas ou en haut, que ferait M. Roy ?

M. Roy. — On pourrait, je crois, recourir à un bridge. Il y a certainement quelque chose à faire, car dans ce cas là, il y a une surélévation d'articulation à faire. Or, il est impossible de faire une surélévation suffisante avec des appareils mobiles ; vous ne trouveriez pas de malades qui les toléreraient. Si l'on veut obtenir une surélévation de l'articulation qui soit pratique, qui rende service au malade, c'est soit avec des inlays, soit avec des bridges qu'on peut l'obtenir.

M. de Croës. — Je voudrais ajouter un mot à ce qu'a dit à M. Roy, M. Villain, qui a parlé de l'angle facial. Quand le prognathisme est dû, comme dans le cas de M. Roy, à un affaissement de l'articulation, il est bon de se reporter au canon de Léonard de Vinci dans le rapport existant entre la dimension inférieure (du nez au menton) avec les autres. Justement, M. Roy disait à l'instant que quand on fait une surélévation, il reste des dents, celle-ci n'est pas toujours acceptée par le patient, qui est gêné. Le moyen est bien simple, c'est d'appliquer la mensuration de Vinci. Chaque fois que le malade présentera un effondrement plus ou moins grand de cette dernière dimension inférieure, c'est alors qu'on procèdera à la surélévation.

M. Solas. — Un certain nombre de blessés ont dû être traités par la méthode attribuée à Preterre, celle dont il s'est servi pour les fractures de la guerre 1870-71. Cette méthode, dite de la prothèse débordante, s'impose lorsque la perte de substance est telle que l'ostéotomie créerait entre les fragments libérés un vide trop important pour être comblé par la néoformation osseuse spontanée.

Un bridge placé en poste à faux risquerait d'entraîner la chute rapide des piliers, l'appareil de prothèse supporté en grande partie par la muqueuse peut, dans ces cas, rendre des services appréciables aux blessés qui ne peuvent ou ne veulent être traités par une greffe osseuse précédée de l'ostéotomie.

M. Prével. — En 1870, on a traité de nombreux blessés de cette façon et cela a rendu de grands services. C'est une méthode qui peut être appliquée à l'occasion.

M. Roy. — Si l'on voulait présenter une étude de ces cas-là, on pourrait signaler les cas que vient de rappeler M. Solas. Il faut rappeler aussi qu'il y a 15 ou 20 ans, M. Martinier a présenté un cas où il y avait atrophie considérable de l'arcade supérieure, qui donnait lieu à un débordement considérable de l'arcade inférieure. Dans ce cas-là, il avait fait un appareil qui, emboîtant toutes les dents de la mâchoire supérieure et les débordant, venait s'articuler normalement comme dans le cas de M. Solas ; cela donnait une occlusion régulière. Ce malade avait deux rangées de dents, c'est une autre modification également ; bien entendu sans surélévation de la mâchoire, alors que dans mon cas il y a effondrement complet.

M. H. Villain. — On a cité le cas d'enfoncement de prognathisme avec toutes les dents ; nous avons eu à traiter un cas semblable et l'avons fait par des inlays. Mais dans ce cas, les incisives supérieures et inférieures ne se touchaient plus ; nous les avions laissées absolument libres. Au bout de quelques années, il s'est produit ce fait intéressant : les dents du bas ont monté un petit peu et les piliers se sont enfoncés. A l'heure actuelle, les dents se rencontrent à nouveau.

M. le Président. — Je remercie M. Roy au nom de la Société.

Nous avons le plaisir d'avoir parmi nous notre confrère M. Giovacchini, de Buenos-Ayres ; il assistait à la dernière séance et m'avait parlé d'un curieux spécimen de dents de poisson ; il m'avait promis d'envoyer les photographies et le spécimen même pour la collection du musée de l'Ecole. Je lui ai demandé de venir lui-même faire cette présentation à la Société.

IV. — Les dents du corvina negra, par M. Giovacchini.

M. Giovacchini donne lecture d'une note sur ce sujet (V. p. 519).

M. le Président. — Je remercie M. Giovacchini au nom de l'Ecole du don qu'il fait au musée du spécimen qui vient de passer entre vos mains et je lui adresse les bien sincères remercîments de tous les membres présents pour sa présentation ce soir, lui souhaitant en votre nom à tous un bon voyage de retour à Buenos-Ayres puisqu'il s'embarque demain.

V. — Quatre évolutions anormales de dent de sagesse, par M. Guébel.

M. Guébel donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 516).

Discussion.

M. Dufourmentel. — Bien que la chose s'écarte un peu du cas étudié par M. Guébel, laissez-moi vous citer un cas de dent incluse ectopique que j'ai observé récemment et qui est assez rare pour mériter d'être signalé. C'est une dent supplémentaire qui est actuellement en éruption dans l'intérieur de la fosse nasale droite. J'ai pu croire tout d'abord qu'il s'agissait d'une racine de canine. La radiographie m'a fait rectifier le diagnostic. J'espère vous présenter le sujet, qui est étudiant en médecine, à l'une de vos prochaines réunions.

Un membre. — Cette dent-là était en surnombre ?

M. Dufourmentel. — Parfaitement.

M. Roy. — A propos des névralgies déterminées par les dents incluses, j'avoue ne pas m'expliquer très bien ces névralgies produites par une dent incluse, non à découvert, sans processus inflammatoire. M. Guébel nous présente un fait qui semble probant, je ne discute pas. Mais je fais cette observation qui est intéressante à faire, même si l'observation de M. Guébel est exacte, parce que malheureusement j'ai vu un grand nombre de cas dans lesquels cette notion pathologique a été cause de graves erreurs de diagnostic. J'ai vu nombre de malades présentant des douleurs névralgiques d'origines diverses et chez lesquelles on a systématiquement voulu incriminer des dents de sagesse inexistantes, non évoluées au lieu de chercher autre part, là où il y avait une cause pour expliquer ces névralgies. Je ne parle que de mon expérience, je n'ai pas la prétention d'avoir vu tous les cas possibles et imaginables, mais, à l'heure actuelle, je n'ai pas encore vu de cas vraiment probant, parmi toutes les observations que j'ai eu l'occasion de faire, d'accident occasionné par une dent de sagesse non évoluée, *c'est-à-dire sans aucune communication avec l'extérieur.* Je signale ce petit point-là sans y insister d'une façon trop particulière, mais cependant pour en faire remarquer, même si la chose existe, l'extrême rareté. Je ne me permettrais pas de nier l'existence du cas, mais il faut s'en assurer d'une façon indubitable.

Au contraire, lorsqu'il s'agit de dents en communication avec l'extérieur, ces névralgies s'expliquent d'une façon toute naturelle et particulièrement pour les dents de la mâchoire inférieure. Je voudrais qu'un jour notre ami Dreyfus vienne vous communiquer une observation intéressante sur un malade qui a eu des névralgies extrêmement rebelles, car il s'agissait d'un cas très fréquent, à cause des rapports souvent très étroits qui existent entre le nerf dentaire inférieur et la dent de sagesse. On a signalé un grand nombre de cas dans lesquels la dent de sagesse était en communica-

tion avec le nerf dentaire inférieur : c'est ce qui explique les névralgies extrêmement rebelles produites par l'extraction de cette dent ; ces cas là sont désagréables parce que, au cours de l'extraction, forcément le nerf dentaire inférieur se trouve lésé, et il en peut résulter des douleurs persistantes.

Dans le cas de Dreyfus, la dent de sagesse, que j'ai fini par enlever après des tentatives multiples, présentait une sorte de poulie entre les racines tracée par le nerf dentaire inférieur. Forcément, dans les tentatives d'extraction, il y avait eu un tiraillement du nerf dentaire inférieur d'où des névralgies très intenses qui ont suivi cette tentative d'extraction et qui ont obligé, malgré les accidents locaux relativement bénins, à intervenir pour enlever définitivement cette dent qui présentait des difficultés énormes et les névralgies ont néanmoins continué. Dreyfus m'en parlait il n'y a pas très longtemps : je ne me rappelle pas si c'est pour me dire que ce malade en était débarrassé ou s'il en avait encore, et l'opération date de 18 mois à 2 ans.

M. Dufourmentel. — La question de la symptomatologie des dents incluses posée par M. Roy est très intéressante. Sans avoir présent à l'esprit autre chose que des souvenirs insuffisamment précis, je crois cependant que ces dents ne restent pas complètement silencieuses. Elles attirent l'attention par quelque symptôme qui conduit le malade au dentiste ou au médecin, et de là, au radiographe. Ce symptôme est habituellement la douleur.

M. Roy. — Dans les cas que j'ai observés, il y avait communication à l'extérieur ou déplacement d'autres dents. Il est très délicat de dire qu'une dent n'est pas en communication avec l'extérieur, et ceci me rappelle un cas tout à fait intéressant : Un malade se présente chez moi pour un abcès siégeant au niveau d'une dent, incisive supérieure latérale et pour lequel on incriminait cette dent. Or, en explorant le trajet fistuleux, je sentis un corps dur adamantin très profondément situé ; il s'agissait d'une canine incluse qui avait fait une évolution anormale et se trouvait en communication avec l'extérieur, par un cul-de-sac, le long de la face distale de l'incisive latérale, ce que la radiographie a confirmé. Voyez combien les choses sont subtiles et difficiles à élucider quelquefois, au point de vue de cette communication avec l'extérieur.

Un membre. — Au sujet des accidents que nous citait tout à l'heure mon confrère, je demande pourquoi on n'applique pas souvent l'anesthésie locale pour déterminer le lieu de la douleur névralgique. J'ai eu également des accidents de dents de sagesse ; j'ai vu appliquer des injections de cocaïne ou autres pour indiquer le lieu de la douleur. Je crois qu'il serait bon d'appliquer cette

chose-là, car avec l'anesthésie locale on se rend compte exactement de l'endroit où se trouve la douleur névralgique.

M. Guébel. — La dent de sagesse inférieure droite était certainement très proche du nerf dentaire, car dans les jours qui suivirent l'extraction, la malade avait des névralgies chaque fois qu'elle faisait des lavages trop chauds. Il s'est passé cinq mois entre l'extraction des dents inférieures et des dents supérieures.

M. le Président. — Je remercie M. Guébel de cette communication, qui a amené un échange de vues intéressant. Puisque la dernière extraction est relativement récente, nous pourrions demander à M. Guébel de nous dire dans une prochaine séance si les névralgies ont disparu.

M. Dufourmentel nous dit : les dents incluses révèlent généralement leur présence par le symptôme douleur. M. Roy fait remarquer qu'il y a une autre cause : elles agissent mécaniquement. D'autres fois il y a la création d'un cul-de-sac qui les met en communication avec l'extérieur : c'est à ce moment qu'elles révèlent leur présence. Il est cependant des cas où la dent incluse ne révèle nullement sa présence. Vous avez tous eu l'occasion de rencontrer ces cas, notamment pour les canines incluses, nous n'en soupçonnons la présence que lorsque le malade commence à porter un appareil de prothèse ; par suite de la pression exercée sur la région sus-jacente, le malade commence à se plaindre et, à l'examen radiographique, on trouve la présence d'une dent, celle-ci évolue souvent à ce moment.

Il y a donc lieu de faire des recherches.

Je dois présider le Congrès de Rouen et je voudrais que nous puissions présenter à nos confrères de province, qui ne peuvent pas venir ici assister à nos discussions, les résultats de nos recherches en commun aussi définitifs qu'on peut le faire, étant donné l'évolution rapide de notre science. Je demanderai donc à M. Dufourmentel de bien vouloir nous faire une étude sur la question qu'il voit, étant chirurgien, sous un autre jour que nous, car les cas lui parviennent à la suite de symptômes peut-être différents de ceux qui les amènent à nos consultations ; et je demanderai également à M. Roy qui voit un grand nombre de ces cas particuliers dans des cliniques, non pas chirurgicales, mais dentaires, aussi bien à l'hôpital qu'ici à l'école, de nous faire une petite étude. Ces études pourraient être préparées conjointement.

Si vous voulez bien accepter, je vous remercie d'avance au nom de la Société. Je remercie aussi M. Guébel du travail qu'il nous a présenté ce soir et je lui donne la parole pour sa seconde communication.

VI. — Incident d'anesthésie, par M. Guébel en collaboration avec le Dr Paul Lucas-Championnière.

M. Guébel donne lecture de la communication (V. p. 514).

Discussion.

M. le Président. — Il est tout à fait rare d'avoir et l'opérateur et l'opéré. Nous avons, ce soir, cette bonne fortune et je prie M. le Dr Lucas-Championnière de bien vouloir nous dire ce qu'il a ressenti.

M. Lucas-Championnière. — Dès que Guébel m'a introduit un peu de liquide dans la gencive, j'ai immédiatement senti une contracture, qui a commencé par la mâchoire et le cou, est descendue dans les bras, le thorax, l'abdomen, les cuisses et les jambes, contracture comme on en voit dans l'encéphalite-léthargique. Je n'entendais pas et voyais mal, j'étais comme dans un brouillard. A ce moment-là, je n'ai pensé qu'à une seule chose ; j'ai fait tous mes efforts, j'ai mis toute ma volonté à respirer, car j'avais des spasmes extrêmement violents du diaphragme. Ces spasmes se sont généralisés, puis transformés en violentes contractions cloniques des membres, de l'abdomen et du tronc avec arrêts du cœur ; cela a duré plusieurs heures. Plusieurs jours après, surtout la nuit, dès que j'étais fatigué, j'avais des crampes dans les cuisses avec mouvements spasmodiques très douloureux, souvent intenses, et sensation très nette d'envahissement de tout mon système musculaire. Ces contractures ont diminué par étages.

Deux mois après, quand notre ami l'ophtalmologiste m'a remis une goutte dans l'œil, j'ai eu les mêmes accidents, mais beaucoup moins marqués, avec une tendance à la syncope presque immédiate. Dans ma gencive, je me l'explique vaguement par l'absorption dans une petite veinule, mais dans mon œil : pâleur, arrêt du pouls, contractures de nouveau, mais sans spasmes, sensation douloureuse dans la nuque et les bras. J'ai eu là des accidents du genre anaphylactique que je n'ai pas eus depuis. Je n'ai pas essayé de réabsorber de cocaïne.

Ce qu'il y a de surprenant au point de vue médical, c'est cet état manifesté chez moi par des contractures violentes ; or, chez les cocaïnomanes que je connais, je n'ai pas vu de contractures ; des douleurs irradiées dans tous leurs trajets nerveux, mais pas de contractures ni de ces contractions cloniques. Je ne suis pas particulièrement hystérique ; je suis bien calme, possédant un système nerveux tranquille et ne sais pas pourquoi j'ai fait des contractures comme cela, horriblement douloureuses, en particulier

dans mon diaphragme et mes muscles intercostaux. En revanche, je n'ai pas senti de contractures intestinales.

M. Dufourmentel. — Est-ce que jamais auparavant vous n'aviez eu de piqûre de cocaïne ?

M. Lucas-Championnière. — 15 ans au moins auparavant, pour une dent, avec laquelle j'avais eu un malaise toute la journée. C'est le côté spasmes que je trouve très curieux.

M. Dufourmentel. — Il serait intéressant, dans le cas où une fâcheuse nécessité obligerait M. Lucas-Championnière à se soumettre de nouveau à l'action de la cocaïne, d'essayer l'action anti-anaphylactique d'une dose infime administrée 10 ou 15 minutes auparavant.

M. Guébel. — La conclusion de cet accident, c'est qu'il peut vous arriver aussi bien qu'à moi ; je crois donc qu'il est préférable de s'abstenir de cocaïne, puisque nous avons d'autres anesthésiques à notre disposition.

M. Solas. — Est-ce que les accidents ont débuté tout de suite, aussitôt que l'aiguille a été placée ou bien avez-vous injecté le contenu de la seringue ?

M. Guébel. — Le contenu de la seringue a été injecté, mais ce qui m'intéresse le plus, c'est la goutte dans l'œil. C'est précisément au sujet de cela que je vous ai parlé déjà de la première observation.

M. de Croës. — Je me souviens, il y a très longtemps, au début de la cocaïne, avoir employé des doses assez fortes, 3, 4, 5 centigrammes, cela était normal alors ; j'ai eu une série d'accidents, entre autres chez la bonne d'un médecin qui a fait du strabisme et de la contracture du bras et des épaules. J'ai eu 3 ou 4 cas successifs de ce genre.

M. Thuillier. — Non seulement on injectait 3 ou 4 centigrammes, mais des petites brochures ont été publiées où il était dit qu'on pouvait injecter impunément 20 centigrammes. J'ai injecté 30 centigrammes une fois et n'ai pas eu d'accident.

M. Roy. — La question des doses, comme l'a très bien fait remarquer M. Guébel, n'est pas en cause ici, car comme il l'a dit, ce serait très simple, il suffirait de dire : il ne faut pas employer ces doses-là. La question est plus intéressante parce qu'elle vise l'idiosyncrasie, que l'on appelle aujourd'hui l'anaphylaxie. Les phénomènes sont les mêmes. Il y a un médicament qui provoque parfois des phénomènes graves d'intolérance ; je le cite parce que j'ai eu l'occasion d'en observer un cas : c'est l'iodure de potassium dont on peut prendre impunément des doses considérables ; on le prescrit dans les cas de syphilis graves comme une gomme de la langue ou du palais, à la dose de 12 grammes dans les 24 heures ;

et cependant, vous avez des individus qui, avec des doses infimes de 10 ou 15 centigrammes d'iodure de potassium, présentent des accidents terribles qui peuvent même être mortels.

Dans le cas de notre confrère Lucas-Championnière, c'est évidemment un cas d'anaphylaxie qui est en cause, car on ne peut admettre ici qu'on se soit trompé de dose de cocaïne. Je crois que le cas de notre confrère est rare. Cependant, j'ai une jeune femme de ma clientèle qui présente certainement une susceptibilité à la cocaïne, moins marquée, mais aussi nette. Un jour, je lui fais une pulpectomie par compression : je lui mets de la cocaïne dans sa dent et elle me fait une syncope. Je n'y avais pas attaché grande importance, bien que cela se fut produit sans douleur extraordinaire. Quelques années après, lui trouvant une pulpe à découvert au cours d'une préparation de cavité, sans la prévenir de quoique ce soit de particulier, je lui fais également une compression cocaïnique ; à peine avais-je mis la cocaïne en place, qu'immédiatement elle fait une syncope. Elle m'a dit à ce moment-là qu'elle avait déjà présenté des accidents quand on avait voulu lui mettre de la cocaïne.

Il y a donc des cas d'intolérance pour certains malades ; c'est assez rare, et il n'y a pas lieu de se montrer, je crois, aussi exclusif que l'est M. Guébel qui dit : on ne doit plus employer de cocaïne ; je crois qu'on peut s'en servir à des doses aussi faibles que possible. Vous voyez du reste que, même lorsqu'ils affectent un caractère aussi grave que celui cité tout à l'heure, on peut encore se tirer d'affaire dans ces accidents. Je crois que sur bien des médications on pourrait peut-être citer des choses aussi extraordinaires que celle qu'on vient de nous raconter.

M. Houdoux. — J'ai eu également un cas de syncope qui a duré 3 heures avec contractures et toute la gamme ; c'était la première fois, en employant la cocaïne-adrénaline.

M. le Président. — J'ajouterai quelques mots au sujet de ce que vient de dire M. Houdoux. J'ai eu les mêmes phénomènes d'anaphylaxie sur un malade. Lors d'une première visite, je fais une injection pour extraire une racine de dent de sagesse, avec une solution de 2 centimètres cubes à 2 0/0 de novocaïne-adrénaline. Celle-ci terminée, avant même d'opérer, le patient me fit une syncope ; 6 à 8 mois après, revoyant le malade, sans rien lui dire, je me prépare à lui faire une injection de 2 centimètres cubes à 2 0/0 de sérocaïne-adrénaline. J'avais à peine injecté une demi-seringue que le malade me faisait une syncope plus grave que la première fois. Une 3e fois, plus d'un an après la seconde piqûre, je tente encore et, à la première goutte avec de la scurocaïne-adrénaline (2 0/0), même accident, mais cette fois syncope très

sérieuse ayant nécessité des tractions linguales. La première fois, la syncope a débuté quand l'injection était pratiquement terminée, c'est-à-dire 1 centimètre cube ; la seconde fois, j'avais mis peut-être 1/3 de la seringue, et la 3e fois quelques gouttes. Je n'ai pas eu les mêmes phénomènes par des compressions de cocaïne sur le même patient pour dévitalisations pulpaires.

Je remercie infiniment M. Guébel et M. Lucas-Championnière d'avoir bien voulu nous apporter cette très intéressante observation et je félicite ce dernier de s'être tiré d'affaire dans la part active qu'il a prise dans cet incident.

C'est une bonne fortune pour nous d'avoir pu entendre le récit précis des symptômes éprouvés par un malade capable de les analyser complètement avec une entière compétence ; aussi devons-nous remercier doublement M. Lucas-Championnière en lui souhaitant la bienvenue parmi nous.

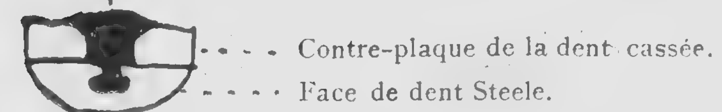
VII. — Un procédé de réparation des facettes de porcelaine fracturées sur les bridges, par M. G. Villain.

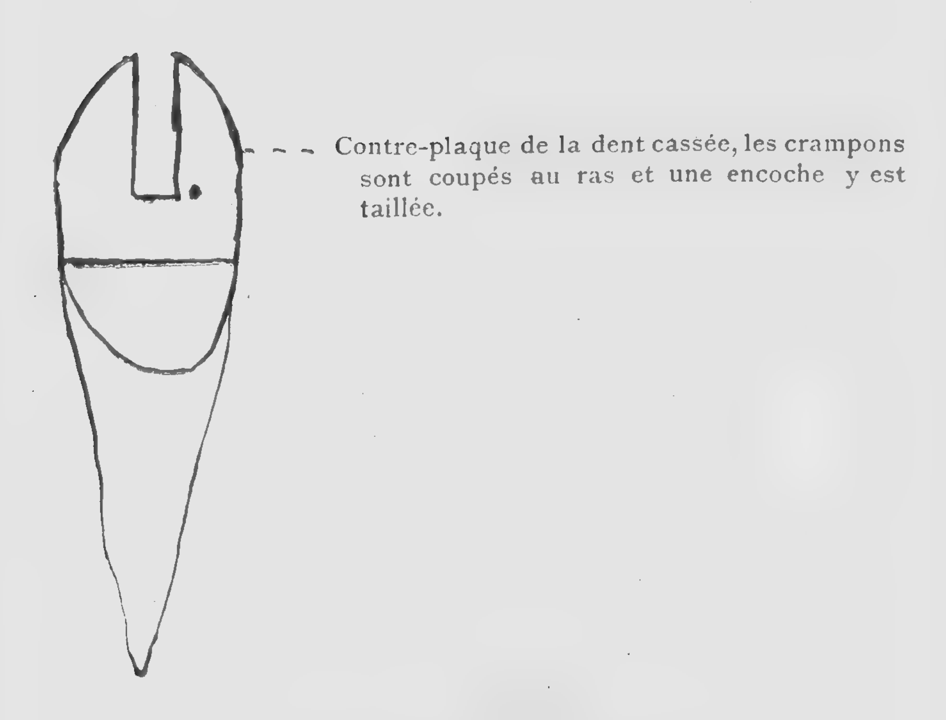
M. G. Villain donne lecture de sa communication (V. p. 506).

Discussion.

M. Zimmermann indique deux procédés pour réparer les facettes de porcelaine fracturées, procédés qui permettent d'employer comme dent de remplacement, soit une dent à crampons platine, soit une facette de Steele.

M. Roy. — Pendant que M. G. Villain faisait sa communication, je dessinais sur un papier (V. fig. p. 543) une petite particularité que je voulais vous présenter. Au lieu de prendre le tube de la dent Steele, j'aplatis la contre-plaque de la dent cassée, puis je fais comme lui une rainure centrale et j'ajuste une face de Steele sur la contre-plaque ; puis quand ceci est préparé, je prends de la cire à inlays, je remplis cette rainure, dont la section est faite en queue-d'aronde ; je remplis ceci avec la cire, et je prends la facette de Steele qui est huilée, je l'applique immédiatement sur la contre-plaque recouverte de cire encore molle. J'ai, de cette façon-là en même temps et ma tige et ma glissière d'inlays. Le résultat est excellent.





VIII. — Incidents de pratique journalière.

1° *Deux cas d'infiltration d'air dans le tissu cellulaire,* par M. Brille.

M. Brille donne lecture de sa communication (V. p. 517).

Discussion.

M. Solas. — Un certain nombre de cas de ce genre ont été publiés récemment en particulier par notre confrère M. Léger Dorez. Trois points sont à noter à ce propos :

1° La quantité d'air injecté paraît insuffisante pour expliquer l'étendue et l'importance de l'œdème noté ;

2° La bénignité de l'affection qui, sans douleurs importantes,

régresse rapidement, ce qui implique des désordres anatomiques certainement faibles ;

3° Le fait que l'œdème commence ou continue à se développer alors que l'insufflation d'air chaud est déjà arrêtée.

Il semble donc que la théorie de la distension purement mécanique doit être insuffisante à expliquer les phénomènes observés, et que peut-être des phénomènes plus complexes, d'ordre réflexe par exemple (vaso moteurs), puissent être mis en cause.

M. Roy. — Je crois que la quantité d'air est plus considérable que ne le croit Solas. C'est le procédé classique que l'on emploie quand on dépouille un veau ; on fait une insufflation dans le tissu cellulaire sous-cutané, et la peau se décolle, c'est le procédé classique d'insufflation du tissu cellulaire. Ce qui peut expliquer ce phénomène, c'est évidemment une disposition anatomique spéciale des gens chez lesquels ces accidents se sont produits, des lacunes cellulaires assez étendues. Notez bien qu'il s'agissait d'une molaire inférieure droite. Ce qui est le plus curieux, c'est qu'il ne se soit pas produit une crépitation immédiate. On a signalé également des accidents qui se rapprochent de cela avec de l'eau oxygénée, par dégagement de bulles d'oxygène. Il ne faut pas, je crois, employer de pression d'air exagérée, je pense pour ma part, du reste, que cela n'est pas du tout nécessaire. Au point de vue thérapeutique, je ne vois pas l'avantage que vous pouvez retirer d'une pression d'air exagérée ; c'est une raison de plus pour ne pas recourir à ce procédé.

Dans la communication que je faisais à Strasbourg sur les dents infectées, je signalais qu'il est vraiment illusoire de s'imaginer que l'air chaud agit comme désinfectant dans le 4ᵉ degré. Je ne pense pas qu'il puisse agir ainsi puisque pour agir comme désinfectant complet, il faut, avec l'air sec, une température de 150° pendant une demi-heure. Est-ce à dire que l'air chaud ne doit pas être employé ? Je n'ai pas cette prétention, mais son rôle n'est pas celui de désinfectant, mais de dessiccant de la dent, il dessèche les tissus dentaires et les rend plus aptes à absorber les médicaments que l'on met au contact de ces tissus. Il n'est donc pas nécessaire de donner une pression excessive, ce qu'il faut, c'est dessécher la dentine.

2° *Radiographie de fracture*, par M. Roy.

Voulez-vous me permettre de vous montrer une radiographie intéressante d'un blessé qui s'est présenté à la Clinique de l'Ecole lundi dernier et que j'ai fait radiographier à la Pitié. Il s'agit d'un plombier qui a fait une chute d'un escabeau et s'est fait une fracture assez curieuse. Le malade s'est présenté à la clinique sans dire qu'il avait une fracture, avec une dent qui proé-

minait dans la bouche. Un de nos collègues, qui était à la clinique voit ce malade et dit à un élève : il faut enlever la dent, puis voyant qu'un fragment osseux important venait en même temps, il pensa qu'il y avait une nécrose de la mâchoire et me l'envoya. Or, en examinant ce malade, je m'aperçus qu'il avait une fracture de la mâchoire et que la dent en question proéminait, parce que le fragment qui la supportait proéminait lui-même en haut et que cette dent avait eu une de ses racines sectionnée par le choc et celle-ci était fixée sur l'autre fragment. Vous pouvez voir la disposition des fragments sur la radio.

3° *Un procédé de fixation des prothèses sur dents non dépulpées*, par M. G. Villain.

M. G. Villain présente une pièce de prothèse dont les moyens de fixation sont formés de petites griffes venant pénétrer dans des petits canaux creusés dans un bridge fixé sur l'arcade à l'aide d'inlays d'emboîtement sur dents non dépulpées.

M. Roy. — Je trouve singulier que l'on puisse suspecter une dent que l'on a dévitalisée ; je ne l'admets pas dans l'immense majorité des cas, à moins d'une chose extraordinaire telle qu'un accident opératoire. Je n'admets pas que l'on puisse dire que ces dents peuvent être la cause d'accidents post-opératoires. Jusqu'à présent, j'estime que les dents qui peuvent offrir le plus de sécurité, ce sont celles qui ont été dévitalisées et soignées convenablement par un dentiste, et pour lesquelles on peut répondre de la santé dans l'énorme majorité des cas. Un malade peut vous demander de ne pas dévitaliser une dent pour une raison spéciale, mais pas pour une raison thérapeutique.

M. P. Housset. — J'approuve complètement vos idées et je trouve que nous ne pouvons pas admettre les théories venant de l'étranger sans un contrôle scientifique très rigoureux, la science française ne doit pas être à la remorque de la science étrangère. M. G. Villain demande que des rapports d'ordre courant soient présentés au Congrès de Rouen. Cette question serait particulièrement intéressante.

M. G. Villain. — Il faudrait revenir sur la question avec des arguments scientifiques, pour lutter contre les exagérations que nous enregistrons. Il est néanmoins évident que nous devons étudier cette question qui, à mon avis, présente des points fort intéressants, toute exagération mise à part. En ce moment aux Etats-Unis nos confrères prennent les radiographies de toutes les dents dépulpées ; ils en trouvent des quantités atteintes d'affections périapicales.

M. Roy. — Cela prouve que c'est très grave pour les dentistes ;

car ce sont eux qui sont responsables de ces choses-là. Je n'ai pas la prétention de faire rien d'extraordinaire, dans un 4e degré je serais moins affirmatif, mais vous avez tout de même bien le droit de dire que vous avez guéri des dents comme dans ce cas qui me revient en mémoire parce que je l'ai revu récemment. Un malade qui, il y a trente ans, est arrivé chez moi avec un abcès alvéolaire en pleine évolution, avec du pus ; j'ai guéri l'abcès, et cette dent, depuis, n'a jamais donné lieu à la moindre manifestation pathologique. Dernièrement, la dent qui était obturée s'est cassée, j'ai fait une couronne sur cette dent qui va admirablement. J'ai beau ne pas avoir fait la radiographie de cette dent-là, est-ce que je n'ai pas le droit de dire que je l'ai guérie d'une façon complète et définitive.

La séance est levée à 11 h. 30 du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE PAR LES PRATICIENS ALSACIENS-LORRAINS

Le *Journal Officiel* du 17 juillet 1921 contient la loi suivante :

Art. 1er. — Peuvent exercer la médecine sur tout le territoire français dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins alsaciens-lorrains pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine en Alsace-Lorraine et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité.

Art 2. — Peuvent exercer la médecine dentaire sur tout le territoire français dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste délivré par le Gouvernement français, les dentistes alsaciens-lorrains diplômés conformément à la réglementation locale en Alsace-Lorraine *Zahnärzte* et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris le 13 juillet 1921.

A. MILLERAND.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ESPAGNE

Dentistes municipaux à Madrid

Le *Bulletin officiel* de Madrid du 28 mars 1921 annonce la création dans cette capitale de cinq dentistes municipaux. Le rôle de ces praticiens se bornera, en attendant le recrutement d'un corps de chirurgiens-dentistes en rapport avec les besoins de la population, à l'assistance aux malades indigents, au Dispensaire de la Maison de secours du district du Palais-Royal, à raison de 6 ou 8 heures par jour, pour le traitement des affections bucco-dentaires, les extractions, les obturations avec des matières plastiques. Ces praticiens visiteront en outre, deux fois par semaine, les asiles municipaux afin de traiter les sujets ayant besoin de leurs soins, feront l'inspection semestrielle des asiles d'enfants, en y appliquant un traitement prophylactique, c'est-à-dire l'obturation des dents malades en établissant pour chaque enfant une fiche dentaire sur laquelle ils mentionneront la date de l'inspection, les soins donnés ne comprenant que la dentisterie conservatrice. Les médecins-chefs des Dispensaires sont chargés de l'organisation de ces services dentaires.

Les candidats à ces postes devront posséder le titre d'odontologiste ou de chirurgien-dentiste et subir un examen comprenant trois épreuves :

1° Clinique opératoire. Examen d'un malade de clinique, discussion du cas et traitement ;

2° Réponse verbale à cinq questions tirées au sort sur un questionnaire de cent, portant sur la dentisterie opératoire, la pathologie, l'odontologie ;

3° Discussion commune par trois candidats à la fois d'un cas clinique tiré au sort.

Le programme de l'examen sera publié 30 jours à l'avance et portera uniquement sur les matières odontologiques se rattachant aux connaissances précises que doit posséder un chirurgien-dentiste municipal pour remplir sa fonction.

Le jury est composé du maire de Madrid ou d'un conseiller médical délégué par lui, président, d'un professeur de l'Ecole d'odontologie, d'un médecin de l'Assistance publique, du président de la Fédération odontologique espagnole et du président de la

société odontologique espagnole ou, à leur défaut, de deux membres de ces sociétés désignés par elles.

La 5e commission du Conseil municipal de Madrid a chargé l'inspecteur de l'Assistance publique et le médecin-chef des dispensaires de préparer dans les 6 mois un projet de création d'un corps de dentistes municipaux suffisant pour les besoins de la population de la capitale.

(*La Odontologia*, mars 1921).

LES ÉTUDIANTES EN CHIRURGIE DENTAIRE EN PRUSSE

D'après un arrêté du Ministre de l'hygiène de Prusse, les femmes possédant le certificat de maturité d'un lycée supérieur ne peuvent être autorisées à faire leurs études médicales ou dentaires que si, un an après avoir obtenu ce diplôme, elles subissent un examen supplémentaire, portant :

a) Pour la maturité d'une école professionnelle supérieure, sur les mathématiques, la physique et la chimie ;

b) Pour la maturité d'un lycée d'enseignement moderne, sur le latin et les mathématiques ;

c) Pour la maturité d'un lycée d'enseignement classique, sur le latin et le grec.

En dehors du certificat de maturité d'un établissement supérieur d'enseignement comptant 9 classes, aucun autre diplôme ne peut suffire pour l'inscription des femmes aux études médicales. En particulier est jugé insuffisant pour elles le cours de latin de deux semestres dans une Université qui est considéré comme suffisant pour les étudiants en médecine et en dentisterie avec la maturité d'une école professionnelle supérieure (*Zahnärztl. Rundschau*, 17 mai 1921).

BIBLIOGRAPHIE

Dr André Bureau. — **Le traitement chirurgical du prognathisme par la résection des condyles.**

Thèse de Doctorat, Paris 1921 (Librairie L. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne).

La thèse du Dr A. Bureau étudie un procédé de traitement chirurgical du prognathisme du maxillaire inférieur.

Tout d'abord, l'auteur fixe d'une façon précise les indications de ce traitement chirurgical. Il ne devra être employé que lorsque les ressources de l'orthodontie et de la prothèse dentaire auront échoué ou auront été reconnues impuissantes. Puis il étudie les différents procédés préconisés pour ce traitement.

D'abord la résection d'une partie du corps du maxillaire inférieur, opération recommandée par certains auteurs américains et abandonnée après quelques tentatives peu encourageantes.

Ensuite le procédé de Jaboulay-Berger, se contentant de la résection d'un seul condyle.

Il arrive enfin à l'opération de la résection des deux condyles pratiquée par le Dr Dufourmentel, les résultats ont été chaque fois des plus encourageants puisqu'ils ont remédié aux trois ordres d'inconvénients qui avaient imposé l'opération :

L'esthétique a été notablement améliorée.

La phonation est redevenue normale.

La mastication et par suite la nutrition ont été rétablies.

L'opération exécutée s'est montrée chaque fois bénigne, sa technique parfaitement mise au point est maintenant aussi réglée que celle des interventions les plus classiques.

Nous sommes heureux de féliciter l'auteur de ce travail et son inspirateur le Dr Dufourmentel. Il nous arrivait jusqu'ici d'être véritablement désarmés en présence de certains cas extrêmes de prognathisme, nous aurons désormais une ressource nouvelle.

Née avec Cl. Martin, développée pendant la dernière guerre, la collaboration des dentistes et des chirurgiens maxillo-faciaux va chaque jour affirmant sa nécessité et ce pour le plus grand bien de nos patients.

Dr Solas.

Dr Jules-Louis Paulet, docteur en médecine dentaire — **Du rôle de la carie dentaire dans la pathogénie des adénites cervicales tuberculeuses.**

Thèse présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève (Imprimerie des Acacias, S. A., 2, rue Caroline, Genève, 1920).

Le docteur J.-L. Paulet, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, vient de présenter pour l'obtention du grade de *docteur en médecine dentaire* une thèse dont il a tenu à nous faire l'hommage d'un exemplaire.

La question traitée est de première importance.

L'auteur, frappé de la coïncidence des adénites cervicales tuberculeuses et des caries dentaires, a recherché dans une étude critique, étayée de nombreux éléments cliniques, s'il ne fallait pas voir dans ces constatations des relations de cause à effet.

Sans faire de la carie dentaire une lésion strictement tuberculeuse il conclut qu'elle n'en est pas moins une porte d'entrée redoutable parce que plus fréquente.

Cause favorisante de la tuberculose ganglionnaire, la carie dentaire doit donc être poursuivie si l'on s'attache à la prophylaxie de la tuberculose et en particulier chez l'enfant aux périodes de dentition.

Nous ne pouvons que nous associer aux conclusions actuelles de M. J. L. Paulet, le féliciter de son travail et l'inciter à poursuivre ses intéressantes recherches.

Dr Solas.

NÉCROLOGIE

Docteur A. Adam

Le Dr Alexandre Adam, membre honoraire du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, vient de mourir à 74 ans, à Fontenay-aux-Roses, où il s'était retiré après une longue pratique. Avec des débuts très modestes, il s'était élevé par un travail acharné, avait fait sa médecine et avait acquis une situation professionnelle intéressante tout en satisfaisant sa passion pour la musique. Praticien consciencieux et ingénieux, il fut mon premier maître dans la prothèse et je suis heureux de rendre hommage aux bons enseignements que j'ai reçus autrefois de cet excellent homme.

Maurice ROY.

Lucien Dejonkère

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 25 ans, des suites d'une maladie contractée au front, de notre confrère M. Lucien Dejonkère, membre de l'A. G. S. D. F.

Le décès est survenu à Abbeville le 30 juin 1921 et les obsèques ont eu lieu le 4 juillet.

***

Nous avons également le regret d'apprendre la mort de M. Paul Laurian, père de notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F., survenue le 27 juin 1921, à l'âge de 72 ans.

Les obsèques et l'inhumation ont eu lieu à Ermenonville (Oise) le 1er juillet.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'Honneur. — Nous avons le très grand plaisir d'apprendre l'élévation à la dignité de grand croix de la Légion d'honneur de M. l'amiral Lacaze, ancien ministre de la Marine, auquel la profession dentaire doit, entre autres choses, la création des dentistes de la Marine.

Nous prions M. l'amiral Lacaze de vouloir bien agréer nos respectueuses félicitations.

***

C'est avec un très grand plaisir que nous relevons dans le *Journal Officiel* du 25 juillet, l'inscription au tableau de concours (réserve et armée territoriale) pour la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. le Dr Léon Frey, au titre de médecin major de 1re classe du G. M. P.

Tous ceux qui connaissent les services rendus par M. Frey pendant la guerre applaudiront à cette inscription si justifiée.

Nous relevons également, avec grande satisfaction dans le même tableau de concours, l'inscription pour le grade de chevalier de la Légion de notre confrère M. Cottarel (Anthelme), dentiste militaire de 2e classe du G. M. P.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Exposition nationale de la Maternité et de l'Enfance. — L'Ecole dentaire de Paris a obtenu dans cette exposition un diplôme de grand prix.

Mariages. — On annonce le mariage de Mlle Suzanne Nivelet, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. René Camelin, célébré le 11 juillet à Montreuil.

On annonce également le mariage de Mlle Laure Gelma, fille de notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Georges Kauffmann, juge au Tribunal civil de la Seine, célébré le 22 juin 1921.

Le mariage de notre confrère M. Victor Leroy, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Jeanne Picaud, a été célébré à Paris le mois dernier.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Naissances. — Notre confrère M. le Dr Solas et Mme Solas nous font part de la naissance de leur fils Jean.

M. et Mme Alexandre Bechhoefer nous annoncent la naissance de leur fils Jean-Claude.

M. et Mme Fernand Frouin nous ont fait part de la naissance de leur fils Pierre (27 juin 1921).

Syndicat des praticiens de l'art dentaire en Belgique. — Le 2e Congrès professionnel organisé par le Syndicat aura lieu à Liége les 1er et 2 octobre 1921, sous la présidence du docteur Watry.

Les séances plénières qui se tiendront le samedi 1er octobre, de 8 heures à midi et de 2 heures à 5 heures et le dimanche 2 de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 du matin, seront consacrées à la coopération, à l'entente intersyndicale, à l'éducation du public et de la profession.

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Rhône et des Régions voisines. — L'assemblée générale annuelle du syndicat aura lieu le samedi 12 novembre 1921.

Nouveau journal. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista stiintifica dentara,* journal mensuel publié à Bucarest.

Nous souhaitons bonne chance à ce nouveau confrère.

DERNIÈRE HEURE

CONGRÈS DE ROUEN

Section d'Odontologie

Le Congrès de Rouen s'est tenu avec un plein succès. L'assistance a été très nombreuse. Il y a été présenté des travaux intéressants, étudiés, qui ont donné lieu à des discussions profitables. Des démonstrations pratiques variées ont occupé les matinées, et une exposition de fournitures, d'instruments et de matériel dentaires complétait heureusement l'ensemble.

Des réceptions, excursions, dîners, etc., avaient été organisés avec le plus grand soin par le Comité local de la Section, auquel on ne saurait adresser trop d'éloges, de félicitations et de remercîments.

Un banquet a clôturé cette belle réunion, dont nous commencerons le compte rendu détaillé dans notre prochain numéro.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

QUARANTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ÉCOLE ET DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

(12-14 novembre 1920).

SÉANCE SOLENNELLE

13 *novembre* 1920.

Présidence de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

La séance est ouverte à 2 h. 3/4.

I. — Correspondance.

M. H. Villain, secrétaire général, fait part des lettres d'excuses de MM. l'amiral Lacaze, ancien ministre de la Marine ; Léon Bourgeois, président du Sénat ; Chautemps, député ; Gay, président du conseil général de la Seine ; Oudin, conseiller municipal de Paris ; Chiavaro, professeur à l'Université de Rome ; de l'Association dentaire portugaise ; de la Société odontologique suisse ; de l'Ecole dentaire de l'Université de Zurich ; de l'Ecole dentaire de Lyon ; de MM. Lemerle, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris ; Deny, ancien professeur ; Bonnard, professeur ; Dehillotte, Fléty, Schweitzer, Staviski, Simoes Bayao, membres de la Société ; L. Davenport, représentant l'*American Dental Club of Paris*.

M. *Godon*, président, directeur de l'Ecole, prononce le discours suivant :

II. —Discours de M. Godon.

Monsieur le Ministre,
Messieurs les membres du Comité de patronage,
Mesdames, Messieurs, mes chers confrères et amis,

C'est avec une vive émotion que je prends aujourd'hui la parole dans cette assemblée qui nous réunit pour fêter, après quarante années de travail et de luttes, la création du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et des œuvres dont il a été l'initiateur.

Au nom du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, je vous salue et je vous remercie

de nous avoir fait l'honneur d'assister à la célébration de ce quarantième anniversaire.

Je salue et remercie particulièrement M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui a bien voulu en accepter la présidence, ainsi que les hautes personnalités qui se sont jointes à lui et qui représentent ici plusieurs corps de l'Etat : M. le Doyen de la Faculté de Médecine, l'éminent professeur Roger, qui a déjà présidé la séance de réouverture de nos cours en 1910 et n'a cessé, depuis sa nomination au décanat, d'accueillir avec la plus grande bienveillance notre collaboration à l'œuvre d'enseignement odontologique de l'Université de Paris.

Je remercie particulièrement aussi les présidents d'honneur de cette institution, M. le sénateur Paul Strauss et le si dévoué Directeur de l'Assistance publique, M. G. Mesureur, qui ont donné leur constant appui à notre Institution depuis sa fondation et que nous comptons comme nos principaux soutiens dans toutes nos œuvres d'hygiène sociale et d'assistance dans les services des hôpitaux de Paris.

Qu'il me soit permis à ce propos d'exprimer les regrets que nous cause le prochain départ de M. Mesureur, avec lequel nous collaborons depuis 14 ans en qualité de Dispensaire dentaire de son Administration. Il emporte dans sa retraite la gratitude de tous ceux qui dirigent notre Institution.

Je remercie M. Justin Godart, qui a présidé ici en novembre 1916, comme sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, notre Congrès dentaire inter-alliés consacré aux blessures des maxillaires et de la face contractées à la guerre. Nous lui sommes reconnaissants d'avoir apprécié le rôle de nos dispensaires et assuré leur utilisation pour les blessés militaires en leur donnant une consécration officielle.

Je salue et remercie MM. les délégués des ministres de l'Instruction publique, de la Guerre et de la Marine.

Je remercie également les membres de notre Comité de patronage présents à cette fête, MM. les députés et MM. les membres du Conseil municipal qui nous accordent annuellement une modeste subvention, ainsi que les délégués des Sociétés professionnelles françaises et étrangères qui, par leur présence, soulignent le caractère de solidarité de nos organisations professionnelles.

Ce que nous fêtons, ce n'est pas seulement l'anniversaire de la fondation d'une Ecole d'art dentaire, quelle qu'en soit l'importance, mais bien celle d'un Groupement qui a pris toutes les initiatives que comporte une Association corporative complète : Ecole, Dispensaire gratuit, Société scientifique, Journal l'*Odontologie*, Chambre syndicale, Caisse de prévoyance, Société coopérative et qui, depuis 40 ans, poursuit la réalisation de toutes les réformes tendant au relèvement moral et scientifique de la profession de dentiste en France. L'action persévérante de ce Groupement a contribué au vote des lois et décrets qui constituent aujourd'hui une véritable Charte du chirurgien-dentiste français et lui assurent, au point de vue social, avec l'autorité, la dignité et la compétence nécessaires

pour l'exercice de sa profession, les fonctions qui doivent lui incomber dans l'hygiène scolaire et l'assistance publique.

Notre champ d'action ne s'est pas limité aux institutions civiles ; la guerre venue, nous avons contribué à organiser les services dentaires de l'armée et c'est pourquoi, aux côtés de M. le Ministre de l'Hygiène, avec le très distingué représentant du Ministère de l'Instruction publique, M. Corra, nous avons le plaisir de voir les représentants du Service de santé militaire, M. le médecin inspecteur général Rouget, directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, M. le médecin principal Lahaussois et M. le médecin de 1re classe Hederer, délégués de M. le Ministre de la Guerre et de M. le Ministre de la Marine auxquels je suis heureux d'adresser mon salut et mes remerciements.

Je ne puis espérer dans cet exposé vous indiquer complètement la part prise par notre Groupement à l'Enseignement dentaire, au développement de l'hygiène civile et militaire, à l'organisation des soins dentaires scolaires qui fait aujourd'hui plus que jamais l'objet des vœux que nous adressons aux Pouvoirs publics et pour lesquels nous vous demandons vos encouragements et votre appui, non plus que les œuvres de mutualité et de prévoyance qui ont toujours marché de pair avec les œuvres précédentes.

Je me bornerai, en vous rappelant l'histoire de notre Ecole, à vous esquisser rapidement nos travaux pendant quarante ans.

Nous sommes nés de l'initiative privée par une application intéressante des lois si utiles et si libérales de 1875 et 1880 sur l'enseignement supérieur libre, qui ont permis la fondation des Ecoles sœurs de Paris et de Lyon, et de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine avec les décrets de 1893, 1894 et 1909, qui représente la constitution civile du chirurgien-dentiste français.

Nos Associations se réclament de la loi sur les syndicats professionnels de 1884 et nos dispensaires civil et militaire sont établis suivant les lois qui régissent l'hygiène publique.

Cet effort de l'initiative privée a trouvé un puissant appui dans le rapport du député Bastid à la Commission du budget de 1894, lorsqu'il réclama la protection des Pouvoirs publics pour nos Ecoles en refusant les crédits destinés à les concurrencer.

Nos débuts furent modestes. Lorsque nous nous sommes réunis en avril 1879 pour fonder une des premières Sociétés professionnelles, le *Cercle des Dentistes de Paris*, le Comité d'initiative était composé de cinq membres d'abord, puis bientôt de vingt, dont mes deux amis G. Viau et Léon Bioux et moi nous sommes ici à peu près les derniers représentants.

Il n'existait alors en France aucun enseignement odontologique universitaire. Le seul enseignement spécial à ce sujet consistait dans l'apprentissage chez le dentiste, limité presque toujours à la prothèse ; c'est ainsi que nous avons débuté. Pourtant les Etats-Unis possédaient déjà depuis près de quarante ans, et Londres depuis vingt ans des Ecoles dentaires très florissantes et très réputées, qui nous ont servi de modèles.

Le Comité d'initiative se réunit d'abord, dans un petit café de la rue Drouot. C'est là que fut fondée l'Institution qui nous abrite en ce moment par l'adoption d'un projet d'une Ecole de chirurgie et de prothèse dentaires que je proposai au Cercle des dentistes de Paris le 4 décembre 1879. Moins d'un an après, cette Ecole ouvrait ses portes aux 46 premiers élèves inscrits, le samedi 13 novembre 1880, il y a exactement aujourd'hui quarante ans, dans un modeste appartement de la rue Richer, grâce aux dons généreux — environ 14.000 francs — de quelques confrères philanthropes et au zèle et à l'activité de ses fondateurs, qui avaient pris comme base le désintéressement absolu.

Depuis, cette Ecole n'a cessé de se développer et de progresser. Les hommes les plus éminents de la science et de la politique, professeurs de la Faculté de médecine, membres du Parlement et ministres, lui ont apporté tour à tour leurs approbations et leurs encouragements ; et parmi eux nous avons eu le très grand honneur de compter le Président actuel de la République, M. Millerand.

Reconnue d'utilité publique par décret du 19 février 1892, elle fut autorisée à délivrer les inscriptions en vue du diplôme d'Etat.

Elle reçut des subventions des Pouvoirs publics, de la Ville de Paris, du Conseil général de la Seine et de l'Etat, puis elle passa successivement de l'appartement de la rue Richer au petit hôtel de la rue Rochechouart, et de ce local, devenu bientôt trop étroit, à la grande maison de la rue de la Tour-d'Auvergne qui, après 23 ans, malgré une série d'agrandissements, est à son tour encore trop petite.

Aussi ses administrateurs sont-ils maintenant obligés d'envisager la construction prochaine, à l'aide d'une vaste souscription, par laquelle nous ferons appel à l'Etat, du monument que prédit pour elle le professeur Paul Bert, lorsqu'il vint présider la 4e séance de réouverture des cours le 30 octobre 1884 :

« J'espère, disait-il, qu'un jour, vous nous convierez à inaugurer » vos cours, non plus dans un appartement vulgaire dont on a fait » tomber les cloisons, mais dans un palais comparable à ceux où » sont installées les Ecoles américaines semblables à la vôtre ».

Toutes ces œuvres ont grandi, se sont développées. Le dispensaire soigne près de 30.000 patients par an, l'instruction complète y est donnée à près de 500 étudiants conformément au décret de 1909, qui a porté les études à cinq ans.

Nous avons voulu faire plus en participant aux diverses manifestations de la vie du pays, par la Fédération dentaire nationale qui, elle, a présidé à la formation de la Fédération dentaire internationale, organisant des expositions spéciales et des Congrès où nous sommes allés soutenir, auprès des institutions étrangères plus anciennes que les nôtres, le bon renom de la science française.

15 Expositions, 12 Congrès internationaux, 19 Congrès nationaux tant à Paris qu'en province, soit 31 réunions scientifiques dentaires en 40 ans, ont affirmé la vitalité de notre profession et obtenu le plus grand succès.

Grâce à ces Congrès, nous avons, mon ami Sauvez et moi, parcouru la France et, je puis dire, le monde pendant 15 ans sous la bannière de la F. D. I. ; nous rencontrant avec les personnalités professionnelles les plus éminentes des différents pays, parmi lesquelles j'ai le plaisir de saluer ici notre ami, le professeur Aguilar, de Madrid.

Nous avons eu la joie de tenir notre dernier Congrès de la section d'Odontologie, fondée par notre initiative en 1900 dans l'Association française pour l'avancement des sciences avec le concours de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine, que je suis heureux de voir parmi nous aujourd'hui, au mois de juillet 1920 à Strasbourg, dans notre Alsace enfin reconquise.

Telle était notre œuvre au point de vue civil. La guerre survint : le dentiste militaire n'existait pas aux armées.

Notre Groupement apporta à la défense nationale la coopération la plus dévouée du Corps professionnel et du personnel de cette Ecole pour l'organisation des centres maxillo-faciaux et des divers services dentaires de l'armée.

Ce rôle nous a valu, avec les remerciements des Pouvoirs publics, le décret du 26 février 1916 pour l'armée de terre et celui du 1er mars pour la marine, suivis de la loi du 18 octobre 1918 et du décret du 11 janvier 1919 représentant la constitution militaire du chirurgien dentiste français et l'admettant enfin de simple infirmier au grade d'officier, juste récompense des services qu'il a rendus pendant cette période tragique.

Vous nous verrez tout à l'heure, par la liste des praticiens qui ont donné leur vie et dont nous allons commémorer le souvenir, rendre hommage à ces glorieux confrères unis dans la mort pour la défense du pays.

Vous verrez ce rôle aussi par la liste des titulaires de médailles et de lettres-diplômes de remerciements que notre Groupement va remettre à ceux qui ont apporté pendant cette longue guerre leur concours à notre Ecole, à nos dispensaires civil et militaire et particulièrement à notre service d'édentés et à son Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face. Les premiers, sous la direction de MM. G. Villain et Blatter, ont appareillé 15.080 édentés, le second, sous la direction de MM. Roy et Paul Martinier a traité 4.371 blessés, depuis les premiers jours d'août 1914, tandis que notre Dispensaire militaire soignait 67.272 militaires. Je ne fais que mentionner en même temps la rééducation à l'Ecole de 79 mutilés de guerre.

Enfin, nous ne devons pas oublier dans cette énumération l'*Aide Confraternelle* que nous avons tenu à associer à cette fête, créée pour aider les dentistes français et belges victimes de la guerre. Elle a déjà réussi à réunir d'importantes souscriptions parmi les confrères français et étrangers, et a pu ainsi soulager bien des misères. Elle continue son appel pour élever jusqu'à leur majorité une vingtaine d'orphelins professionnels, comme vous le dira son excellent Président, M. G. Viau, qui, avec le concours particulièrement dévoué de son trésorier, M. Fontanel, et des membres de son Conseil, a mené

à bien cette œuvre si touchante qui continue la tradition de solidarité de la profession.

Tout cet ensemble représente, comme nous l'avons dit, 40 années d'une action persévérante dont notre Groupement a été le principal agent : c'est un bel exemple de ce dont est capable l'initiative privée dans une noble pensée d'intérêt général, pour l'enseignement technique de ses membres et le progrès scientifique de la profession. C'est une longue et intéressante phase de l'histoire de notre spécialité en vue de son relèvement moral et scientifique en France.

Il faut ajouter que cette évolution ne s'est faite qu'après bien des luttes, en présence d'une Administration, qui avait paru d'abord, sinon hostile, du moins indifférente et le plus souvent mal informée, mais qui est devenue maintenant tout à fait bienveillante.

Je ne vous retracerai pas toutes les étapes que nous avons parcourues, cela nous entraînerait trop loin. D'ailleurs, le récit en a déjà été fait plusieurs fois, notamment dans une thèse à la Faculté de médecine de Paris en 1900 sur l'Ecole dentaire, son histoire et son avenir.

Les résultats obtenus nous permettent au moins de répéter, en l'amplifiant, ce que nous disions au Congrès dentaire international de Paris en 1900 :

Grâce à nos Ecoles, à nos Sociétés, à nos journaux, à ces longues années d'efforts persévérants, il n'y a plus en art dentaire de supériorités nationales étrangères à opposer à l'art dentaire français, et nous possédons, à notre tour, dans notre corps professionnel, des supériorités individuelles qui l'ont représenté avec avantage à l'étranger.

Je citerai notamment à cet égard les missions de membres de son Corps enseignant en Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada, en Belgique, etc.

Honneur donc à tous nos collaborateurs, à ceux de la première heure, aujourd'hui disparus : les Lecaudey, Thomas, Poinsot, P. Dubois, Pillette, pour ne citer que ceux-là ; à ceux qui ont dû nous quitter en cours de route pour raison de santé, comme Lemerle et Richard-Chauvin ; aux jeunes de la dernière heure à qui a été passé le flambeau et qui continuent avec le même dévouement et le même enthousiasme la tâche poursuivie par les aînés.

Ils ont raison d'être fiers des résultats obtenus, j'ai le droit de le leur dire au moment où va bientôt sonner pour moi l'heure de la retraite que conseille le philosophe Auguste Comte à mon âge, après cinquante années de vie professionnelle bien remplie. J'ai conscience que, pendant les 40 années consacrées à cette Institution, j'ai, je crois, fait œuvre utile pour le pays et l'art dentaire français.

Maintenant, comme je le disais il y a un instant, il va être procédé par mon ami M. Frey à l'appel des noms des morts glorieux de la profession qui ont été gravés sur le marbre, afin que leur souvenir vive toujours dans nos cœurs, car, comme dit notre poète national :

« Ceux qui pieusement sont morts pour la patrie
« Ont droit qu'à leur cercueil la foule vienne et prie ».

Nous entendrons à cette occasion « l'Ode aux Morts » que veut bien nous dire Mme Piérat, la grande artiste de la Comédie-Française, qui, pour cette circonstance, met aimablement son talent à notre disposition.

Puis nous procéderons à la distribution des médailles à des collaborateurs, afin de leur laisser un souvenir de la reconnaissance de notre Groupement pour les concours qu'ils lui ont donnés, les Pouvoirs publics n'ayant pas toujours pu ou su leur manifester celle du pays. Nous terminerons par la lecture des vœux principaux dont nous souhaitons la réalisation prochaine pour continuer à développer dans l'avenir l'œuvre d'unité et de progrès professionnel que nous transmettons en pleine prospérité à nos successeurs.

En voyant groupés autour des chefs intelligents et dévoués qui ont fait leurs preuves, comme MM. Blatter, président de la Fédération dentaire nationale et directeur-adjoint de l'Ecole, G. Villain, directeur de l'Enseignement et président de notre Société d'Odontologie et son frère, H. Villain, secrétaire général de l'Ecole, en voyant dis-je, cette vaillante phalange de nombreux collaborateurs, jeunes, actifs, dont il ne m'est pas possible de citer tous les noms, j'ai pleine confiance dans l'avenir de cette Institution basée sur le dévouement, en présence de son passé marqué par les succès que je viens de rappeler.

Fondée par l'initiative privée et soutenue par la solidarité de toute une profession dans une haute pensée d'intérêt général, elle ne peut que continuer à grandir et à prospérer, non seulement pour le profit de la science odontologique et de la corporation dentaire, mais encore pour le plus grand bien du public, auquel nous contribuons par notre spécialité et par notre action sociale.

III. — Commémoration des morts de la profession.

M. le médecin-major de 1re classe Frey procède à l'appel des morts de la profession ; à chaque nom *M. Wallis-Davy,* officier dentiste de 2e classe, répond : mort pour la France.

Il est déposé des gerbes de fleurs par les délégations anglaise, belge, hollandaise, luxembourgeoise, au bas de la plaque de marbre sur laquelle sont gravés les noms des morts pendant la grande guerre.

IV. — Remise des médailles de l'assistance publique.

M. H. Villain, secrétaire général, donne lecture de la note suivante :

Par décision du 24 juillet 1906, le Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris a été assimilé aux dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique par le Directeur de cette importante organisation, M. Mesureur.

A partir de ce moment, cette Administration a confié à l'Ecole

dentaire de Paris un certain nombre de services dentaires dans ses hôpitaux, hospices, asiles et sanatoriums. Afin de reconnaître le dévouement des praticiens que votre Conseil a désignés pour s'acquitter de cette tâche, l'Assistance publique a bien voulu intervenir auprès de M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales pour appuyer la demande de récompense que nous lui avions adressée. Nous avons eu la satisfaction de voir aboutir cette demande et M. le Ministre a accordé la médaille d'honneur de l'Assistance publique à MM. Pailliottin, V. E. Miégeville et Eudlitz pour leurs services tant à notre Dispensaire que dans les établissements de cette Administration.

M. Pailliottin, professeur, attaché au Dispensaire de l'Ecole depuis 1905, a, pendant 6 ans, de 1908 à 1914, assuré le service dentaire de l'hôpital maritime de Berck et du Sanatorium Bouville et Vincent de cette ville.

M. V. E. Miégeville, chef de clinique, attaché au Dispensaire de l'Ecole depuis 1905, a, pendant trois ans, de 1908 à 1911, assuré le service dentaire des pupilles de l'Assistance publique de l'établissement d'Yzeure (Allier).

M. Eudlitz, démonstrateur, chargé de cours clinique et pratique, attaché au Dispensaire de l'Ecole depuis 1905, a assuré de 1908 à 1914, c'est-à-dire pendant six ans, le service dentaire de l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière et pendant deux ans, de 1917 à 1919, celui de l'Hôpital de la Salpêtrière.

M, le Ministre remet la médaille d'honneur de l'Assistance publique à MM. Eudlitz, V. E. Miégeville, Pailliottin, puis il prononce le discours suivant :

V. — Discours du ministre.

Messieurs,

Je suis heureux de fêter aujourd'hui avec vous le 40e anniversaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, lequel est en même temps, à quelques mois près, le quarantenaire des premières sociétés professionnelles, l'Association générale syndicale des Dentistes de France et la Société d'Odontologie de Paris : c'est dire toute la gloire de votre école qui fut la première en France à donner l'enseignement de l'art dentaire, enseignement si nécessaire, bien que si longtemps négligé.

Pratiqué trop longtemps librement et sans aucun contrôle, l'art dentaire fut bien à tort considéré comme un frère mineur de la médecine, un frère déshérité dont personne ne s'occupait. On trouve encore la trace de cet oubli dans l'organisation du service de santé militaire d'avant-guerre, puiqu'il vous fallut réclamer pour obtenir la création des services de dentisterie aux armées, services qui furent si utiles à nos poilus en les empêchant de souffrir, en récupérant les édentés, en traitant, par les prothèses les plus heureuses,

et parfois les plus hardies, les blessures particulièrement horribles des maxillaires.

L'enseignement dentaire doit à l'oubli dans lequel on l'a laissé, d'être encore par quelques points imparfait. Mais votre école peut lui servir de modèle, avec son corps enseignant et technique remarquablement choisi, ses laboratoires bien outillés, ses programmes d'études parfaitement adaptés à la préparation scientifique et professionnelle des futurs chirurgiens-dentistes.

Votre œuvre ne s'arrête pas là. A côté de l'enseignement, vous vous êtes souciés de l'assistance, à côté de l'école, vous avez ouvert un dispensaire où les malades nécessiteux peuvent trouver gratuitement tous les soins dont ils ont besoin. De plus, votre personnel assure les services dentaires d'un grand nombre d'hôpitaux, d'hospices, d'asiles, de sanatorias. Quand on sait combien l'hygiène de la bouche est encore peu pratiquée, combien les ressources de l'art dentaire sont encore mal connues et peu utilisées, quelles souffrances de toutes sortes sont causées par cette ignorance, on ne peut que féliciter votre Ecole d'avoir songé non seulement à faire connaître l'art dentaire aux futurs praticiens, mais aussi à l'appliquer au soulagement des malades, privés de fortune, qui viennent de plus en plus nombreux vous demander la guérison de leurs douleurs.

Je connais le dévouement de M. Godon, votre directeur, de M. Blatter, directeur adjoint, de tout le personnel enseignant, d'une compétence éprouvée, je suis heureux de les féliciter de leur œuvre, de leurs efforts et des résultats obtenus ; je souhaite à l'Ecole dentaire de Paris de continuer et de développer son œuvre éminemment utile.

VI. — Allocution de M. G. Viau.

M. G. Viau, président de l'*Aide confraternelle*, prononce l'allocution suivante :

Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

L'horrible fléau qui s'est abattu sur notre patrie a fait de si nombreuses victimes que, malgré toutes les joies de la victoire, nos cœurs se tournent sans cesse vers les morts.

En toute occasion, nous ne pouvons dissocier la victoire du souvenir des malheureux absents et toutes les fêtes actuelles sont marquées par ce pieux souvenir.

Nous venons d'imiter le pays tout entier en rendant un nouvel hommage aux morts de la profession.

Mais la solidarité professionnelle serait un vain mot si nous n'avions pas compris que notre devoir était de nous grouper dès le début des hostilités pour panser toutes les plaies que la guerre allait faire parmi les nôtres.

C'est grâce à ce sentiment que l'*Aide confraternelle* vit le jour et, tout de suite, nous avons songé à réunir dans le secours les deux

sœurs mutilées par l'agresseur, et notre association prit le nom d'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre.*

Nous avons vu se joindre à nous spontanément l'élite de la profession sans aucune distinction de groupements. Ce furent au premier jour nos collègues des deux écoles de Paris, de l'École de Lyon et de l'Association des stomatologistes si bien représentée par le Dr Cruet. Celui-ci, présent à notre première réunion, nous apportait tout son concours avec l'esprit le plus libéral, suggérant entre autres choses l'idée de ne faire aucune distinction dans les secours que nous nous proposions de distribuer, qu'il s'agisse de chirurgiens-dentistes, de stomatologistes ou de mécaniciens-dentistes. C'est un devoir pour moi de rappeler la collaboration de notre regretté confrère, disparu hélas avant d'avoir eu la joie de voir la victoire des alliés.

De nombreux confrères de l'étranger ont répondu à notre appel, et tout particulièrement nous avons vu se produire un grand mouvement de solidarité chez nos confrères suédois, un plus grand encore se produisait chez ceux des États-Unis d'Amérique qui recueillaient rapidement une magnifique souscription. Une fois de plus, nous leur adressons l'expression émue de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Tous ces dons généreux nous permirent de poursuivre notre tâche difficile, mais ai-je besoin de dire qu'il nous reste beaucoup à faire puisque nous avons de jeunes orphelins à élever et que notre désir est de pouvoir les aider jusqu'à leur majorité ? Nous devons secourir des veuves sans ressources, certaines ayant plusieurs enfants. Je ne puis m'étendre ici davantage, et ce n'est pas le moment de parler de chiffres ; notre dévoué trésorier, mon excellent ami Fontanel, aura ce soir la parole pour nous dire ce que nous avons fait et ce qui nous reste à faire. Tous ceux qui l'ont vu à l'œuvre savent la somme de travail et de dévouement qu'il nous a prodiguée depuis plus de 5 ans, il porte la lourde charge et la responsabilité de la fonction la plus ingrate. Avec sollicitude et un tact parfait, il est en rapport avec les veuves et les orphelins, il vous dira mieux que je ne pourrais le faire et avec tout son cœur ce que nous souhaitons d'accomplir.

Je remercie, au nom de notre Comité, les organisateurs de cette fête, de nous avoir permis de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à cette œuvre de haute portée morale qui est tout à l'honneur de notre profession.

VII. — Remise de récompenses.

M. H. Villain, secrétaire général, donne lecture du palmarès et il est fait remise des récompenses aux collaborateurs.

A. — Médailles de la reconnaissance professionnelle et lettres de remerciements.

Un certain nombre d'administrateurs ou de membres du corps enseignant de l'École dentaire de Paris, qui, par leur âge, n'étaient

plus astreints aux obligations militaires, ont rendu des services méritoires à l'Institution ou à ses œuvres annexes en lui donnant un concours actif et dévoué pendant toute la durée de guerre.

C'est notamment grâce à eux que la direction, l'administration et l'enseignement ont pu être assurés, malgré la mobilisation de presque tout le personnel enseignant.

C'est grâce à eux que notre Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face a pu être dirigé, fonctionner et traiter plusieurs milliers de blessés (exactement 4.371).

C'est grâce à eux également que notre Dispensaire militaire a pu être dirigé et aidé et soigner 71.643 militaires.

C'est grâce à eux enfin que notre Dispensaire civil a pu continuer de fonctionner, alors que tous les services dentaires des hôpitaux parisiens étaient fermés depuis la mobilisation, et donner des soins gratuits à 65.000 indigents environ.

Aussi, le Conseil d'administration de la Société a-t-il décidé de remettre à chacun de ces collaborateurs dévoués et méritants une plaquette en bronze à titre de récompense et de souvenir pour les services qu'ils ont rendus.

Ces collaborateurs sont :

M. Godon, président-directeur de l'Ecole et président d'honneur du Comité de secours.

M. Roy, professeur à l'Ecole, président et chef du service clinique du Comité de secours.

M. P. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole et chef du service technique du Comité de secours.

M. G. Viau, vice-président du Comité de secours.

M. Bioux, trésorier de l'Ecole et du Comité de secours.

M. Bonnard, professeur à l'Ecole.

M. Mendel Joseph, professeur à l'Ecole.

M. Fontanel, trésorier de l'*Aide confraternelle*.

A côté de ces principaux collaborateurs, il est un certain nombre de personnes faisant ou non partie de la Société, appartenant ou non à la profession dentaire, qui ont prêté un concours bénévole et utile au Comité de secours pendant une partie de son existence.

Le Conseil d'administration a décidé de remettre à chacune d'elles une lettre-diplôme de remerciements.

Ce sont : MM. Laurier, Daehler, Duz, Delestre, Staviski, Sorré, Wisner, Paulme, Laurian, Robinson, Teisset, Billoret, Choquet, Mme Régis, Mlle Duvault, Mme de Lemos, MM. Schwabsky, Douhet, Hellion, Haloua, Ratoré, Huguet, Pillière, Kritchevsky.

B. — Médailles aux professeurs.

Suivant une tradition qui remonte à la fondation de l'Ecole, le Conseil d'administration accorde aux professeurs et aux professeurs suppléants en fonctions dans l'un de ces postes depuis 10 ans au minimum et dont les services dans l'enseignement, l'administration, les travaux, les publications, les missions, les délégations, dans les Congrès nationaux et internationaux équivalent à ce nom-

bre d'années, une médaille d'or pour reconnaître ces services. Cette tradition a été interrompue par la guerre, mais nous avons tenu à honneur de la reprendre aujourd'hui. Le Conseil d'administration n'a, en effet, pas d'autres moyens à sa disposition pour récompenser directement les collaborateurs qui se sont acquis des titres spéciaux à la gratitude de l'Institution.

Le Conseil désigne habituellement un ou deux noms ; mais l'interruption de 7 années qui s'est produite — il n'a pas été attribué de récompenses depuis 1913 — lui fournit l'occasion d'attribuer 3 médailles d'or d'autant que les années qui viennent de s'écouler ont été des plus pénibles par la tâche écrasante qu'elles ont imposée au corps enseignant et aux administrateurs.

Ceux dont il a été fait choix, parce que leurs titres les désignaient à cette modeste manifestation de gratitude, sont MM. Blatter, directeur-adjoint ; G. Villain, directeur de l'enseignement ; Ledoux, chef des travaux pratiques de bactériologie.

M. Blatter, dont l'éloge n'est plus à faire et auquel son dévouement, son activité et ses services professionnels ont valu, il y a quelques mois, une distinction plus haute conférée par le Gouvernement, à laquelle nous avons tous applaudi et que nous avons fêtée comme il convenait, est un de nos plus anciens collaborateurs.

Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine en 1899 — il y a 21 ans — il entra la même année dans notre Corps enseignant comme aide de clinique et fut successivement appelé à en remplir les différents postes : chef de clinique de chirurgie dentaire en 1901, professeur suppléant en 1905, professeur titulaire en 1910.

Ses fonctions administratives sont nombreuses : membre du Conseil d'administration de l'Ecole (1902), secrétaire général (1907), directeur-adjoint (1911).

A l'Association générale syndicale des dentistes de France, membre du Conseil d'administration (1902), secrétaire général (1905), président (1911).

Au journal l'*Odontologie*, membre du Comité de rédaction et d'administration (1904), secrétaire de la rédaction (1905), administrateur-gérant (1906).

A la Société d'Odontologie, secrétaire adjoint (1903), secrétaire général intérimaire (1905), vice-président (1907), président (1919).

Au Congrès dentaire inter-alliés de 1916, vice-président.

Secrétaire général de la Fédération dentaire nationale (1904), président (1912).

Communications à la Société d'Odontologie, publications dans l'*Odontologie*.

Ces fonctions diverses ne l'ont pas empêché d'assurer pour le compte de l'Administration générale de l'Assistance publique les services dentaires du sanatorium d'Angicourt (1907-1914), de l'Ecole des infirmières de la Salpêtrière (1908-1914), de l'hôpital Cochin et de l'hospice de Brévannes.

Que pourrait-on ajouter de plus à cette énumération, si ce n'est

répéter les louanges et les remerciements que nous avons adressés à M. Blatter lors de la fête des 25 et 26 mars dernier, que nous avons tous présente à l'esprit, qui nous viennent au bout des lèvres et que nous sentons au fond du cœur ?

Mon cher Blatter, nous sommes heureux de vous remettre cette médaille, récompense bien modeste auprès de celle que vous avez reçue en mars, et qui incarne ce que notre Institution peut faire de mieux. Ce sera, si vous le voulez, quelque chose comme la médaille militaire venant après la Légion d'honneur.

***

M. G. Villain est connu de tous par son rôle professionnel éminemment actif, ses travaux, ses publications, ses missions à l'étranger, ses participations aux Congrès et aux Fédérations. Sa tâche est tellement vaste, tellement variée qu'on s'étonne qu'il puisse la mener à bien ; mais chacun sait — et c'est là tout son secret — que sa puissance et sa volonté de travail ont à leur disposition une vivacité d'esprit et une étendue d'intelligence qui, seules, lui permettent de l'assurer.

G. Villain est un enfant de la maison.

Diplômé de l'Ecole en 1902, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine en 1903, il entre dans le Corps enseignant le 26 avril 1904 comme démonstrateur de la clinique d'orthodontie et devient préparateur du cours d'orthodontie le 26 avril 1904. Il va obtenir à Philadelphie le D. D. S. de l'Université de Pensylvanie en 1906 et, à son retour, il est chef des travaux pratiques du laboratoire (octobre 1906). Il est nommé, après concours, en mars 1907, chef de clinique de prothèse et, également après concours, professeur suppléant de clinique de prothèse et d'orthodontie en janvier 1908 et, le même mois, professeur suppléant de clinique de bridges, service créé à ce moment. Le 9 mars 1909, il est nommé, après concours, professeur suppléant du cours théorique de prothèse d'orthodontie et professeur titulaire le 9 mars 1914. Il assure à l'Assistance publique le service dentaire de la Salpêtrière (1914-1916).

Dans l'administration il entre au Conseil d'administration de la Société de l'Ecole en 1907, où il est élu aussitôt secrétaire des séances ; le 15 janvier 1909, il devient secrétaire-adjoint et, le 10 octobre 1910, secrétaire général. Il est nommé plus tard directeur-adjoint de l'enseignement et, le 9 décembre 1919, il est placé à la tête de la direction de l'enseignement.

Il fut secrétaire rapporteur de la Commission de réforme des études dentaires en 1907-1908 et rédigea, en collaboration avec M. Roy, un rapport qui fera époque dans l'histoire de l'enseignement dentaire et qui a servi de base aux réformes obtenues et aux travaux d'une Commission toute récente, qui a continué l'œuvre commencée.

Enfin, et c'était tout indiqué, de 1909 à 1913, il fut secrétaire de la Commission d'enseignement.

A la Société d'Odontologie, il est élu secrétaire-adjoint en octobre 1907, vice-président en 1913, président en 1920.

Au journal l'*Odontologie*, en 1907, il entre dans les principaux collaborateurs et, en 1908, au Comité de rédaction.

Dès 1907, il est délégué à la Fédération dentaire nationale.

Il est délégué à la Fédération dentaire internationale en 1908 (Bruxelles), 1909 (Berlin), 1910 (Paris), 1911 (Londres), 1912 (Stockholm), 1913 (La Haye) ; il en est secrétaire par intérim en 1909, puis secrétaire en titre en 1914.

Dans les Congrès nationaux, nous le trouvons en 1907 secrétaire de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. au Congrès de Reims ; il présidera en 1921 le Congrès de Rouen.

Dans les Congrès internationaux, il est délégué de l'Ecole au Congrès de Berlin en 1909.

Promoteur et organisateur du Congrès dentaire inter-alliés de 1916, il en est nommé secrétaire général ; il est membre du Comité national français du Congrès Panama-Pacifique en 1915.

En 1908, il fut envoyé à l'Exposition de Londres comme délégué de l'Ecole.

Initiateur de la récupération des édentés, il est nommé chef du service technique du Dispensaire militaire de l'Ecole.

En juin 1916, il est envoyé en mission par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, le Groupement et la F. D. N. au Congrès de l'Association dentaire britannique ; en juillet 1918, nouvelle mission de ce sous-secrétaire d'Etat au Congrès mixte de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis et de l'Association dentaire canadienne ; en janvier 1919, une seconde mission du Gouvernement français aux Etats-Unis lui est confiée sur la demande de l'Association des professeurs des Facultés dentaires d'Amérique dont il est nommé membre honoraire.

Professeur honoraire de l'Université Laval, de Montréal, ses communications à la Société d'Odontologie, dans les Congrès nationaux et internationaux, ses articles dans l'*Odontologie*, ses rapports, ses publications, dont je ne citerai que le volume de prothèse du *Manuel du chirurgien-dentiste*, ainsi que deux volumes du Congrès inter-alliés, représentent un bagage considérable, dont l'énumération serait trop longue et n'ajouterait rien à la valeur que tous reconnaissent à leur auteur.

***

M. Ledoux est attaché depuis 19 ans à l'Institution.

Il y est entré le 10 décembre 1901 comme chef des travaux pratiques de bactériologie. Le 8 octobre 1912, il était chargé des cours théorique et pratique de bactériologie, et le 30 janvier 1917, il a été titularisé comme professeur.

Chacun reconnaît ici l'excellence de son enseignement, la clarté et la précision avec lesquelles il le donne. Quant à son assiduité, sa régularité et son attachement à notre Institution, il nous en a fourni

trop de preuves pour que nous ne soyons pas heureux de l'en remercier publiquement, en lui demandant de nous continuer sa bonne collaboration si profitable à l'Ecole et aux élèves.

C. — Médailles des chefs de clinique.

La tradition établie pour les professeurs et les professeurs suppléants existe également, et pour les mêmes motifs, en ce qui concerne les chefs de clinique ; la seule différence, c'est que la durée des services qui leur est demandée est moindre (5 ans au lieu de 10 ans), et que la médaille est en argent au lieu d'être en or. La différence du métal ne provient pas de ce que leurs services sont moins appréciés, elle est dictée uniquement par une question de hiérarchie ; aussi ce que j'ai dit des premiers s'applique également aux seconds : ce sont des collaborateurs de l'Ecole, utiles, précieux, désintéressés, auxquels l'Institution doit de la gratitude.

Comme pour les professeurs et pour les mêmes raisons, le Conseil d'administration a fait choix des trois noms que leurs titres indiquaient pour recevoir le témoignage de gratitude de la maison à laquelle ils sont attachés, MM. Geoffroy, V. E. Miégeville et Fié.

M. Geoffroy, une fois chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine, est démonstrateur de prothèse (10 janvier 1905), puis chef de clinique du 13 mars 1906 au 11 mars 1913, époque à laquelle l'honorariat lui est conféré.

Il est membre du Conseil d'administration de la Société depuis décembre 1919.

Il a fait diverses communications à la Société d'Odontologie et aux Congrès nationaux, ainsi que des démonstrations pratiques.

Nous sommes heureux de lui voir remettre cette médaille.

***

M. V. E. Miégeville est une des figures les plus connues de l'Ecole.

Diplômé de l'Ecole et de la Faculté en 1906, il est démonstrateur le 23 octobre de la même année, et il est aussitôt chargé du service de la pharmacie, poste qui lui revient de droit en raison de son titre de pharmacien de 1re classe.

Le 12 mars 1907, il est nommé chef de clinique après concours et chargé, le 8 octobre de la même année, du cours préparatoire de thérapeutique dentaire. Peu après, il est chef-adjoint du service radiographique et photographique.

Dans l'Administration, il est élu membre du Conseil de l'Ecole le 21 juillet 1908, économe en octobre de la même année.

En mars 1909, il est nommé administrateur-gérant de l'*Odontologie*.

Depuis mars 1910, il est trésorier de l'Association générale et a été président de la Caisse de Prévoyance.

Délégué au Congrès de Bruxelles de 1910, il est secrétaire général depuis 1919 de la Société d'Odontologie, à laquelle il a précédemment présenté un certain nombre de communications.

Nous ne saurions passer sous silence les délicats rapports de trésorerie et d'administration que lui imposent annuellement ses postes de trésorier et d'administrateur-gérant.

Dévoué dans toute la mesure du possible, accueillant et aimable, M. Miégeville apporte dans l'accomplissement de ses diverses fonctions une aménité qui rend avec lui les relations de profession et de collaboration tout particulièrement agréables.

La récompense que nous lui remettons est pleinement justifiée.

***

M. Fié, chirurgien-dentiste depuis 1905, diplômé de l'Ecole depuis 1906, est nommé démonstrateur le 23 octobre de cette année.

Chef de clinique après concours le 12 mars 1907, il remplit actuellement ce poste après deux réinvestitures, l'une d'octobre 1910, l'autre de janvier 1914.

Il est entré au Conseil d'administration de l'Ecole en 1912. Il est président de la Commission d'enseignement.

Esprit sérieux et posé, M. Fié s'acquitte de ses fonctions avec cette régularité et cette ponctualité qui sont dans la vie de si précieuses qualités. Il nous apporte une bonne collaboration, dont nous lui sommes reconnaissants et que j'ai plaisir à reconnaître en votre nom.

D. — Médailles du personnel de l'Administration et des services de l'École.

Le Conseil d'administration a tenu aussi à reconnaître et à récompenser le concours dévoué que lui donnent depuis de longues années des collaborateurs appartenant au personnel administratif ou au personnel des Services de l'Ecole.

Aussi a-t-il décidé d'attribuer une médaille d'argent à M. Mandon, secrétaire-rédacteur-traducteur, attaché aux diverses branches de notre Groupement depuis 32 ans et qui nous est particulièrement utile pour nos relations internationales en raison de sa connaissance de plusieurs langues.

M. Mandon a suivi nos travaux et nos discussions dans nos différentes Sociétés, non seulement à Paris, mais aussi dans toute la France et même à l'étranger dans nos Congrès nationaux ou internationaux.

Il connaît tous nos rouages, il a assisté à notre évolution depuis 1888, c'est-à-dire presque depuis le début.

C'est pour nous un collaborateur éclairé et précieux, dont chacun de nous sait apprécier la valeur et le tact.

Le Conseil a décidé également d'accorder une médaille de bronze à l'appariteur, M. Louis Brosse, qui, depuis 26 ans, assure son service avec fidélité, conscience et ponctualité, à la satisfaction de tous.

REMISE DES MÉDAILLES DE L'ASSOCIATION.

VIII. — DISCOURS DE M. G. FOUQUES

Président de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

M. G. Fouques prononce le discours suivant :

Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,

Je m'excuse de retenir un instant encore votre attention. Mais le Président de l'Association générale syndicale des Dentistes de France ne veut pas se dérober au devoir en même temps qu'à l'honneur de prendre la parole à cette fête du Quarantenaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris.

Le Cercle des Dentistes de Paris, dont on vous a parlé tout à l'heure, fondé par 20 praticiens en avril 1879, est devenu quelques mois plus tard « l'Association générale des Dentistes de France », qui compte aujourd'hui 800 membres.

Son programme était et est encore :

1° La défense des intérêts moraux et matériels de la profession ;

2° Le travail en commun pour le relèvement moral et scientifique de l'art dentaire en France.

C'est dans ce but qu'elle fonda en 1880, l'*Ecole dentaire de Paris* avec son Dispensaire ; en 1881, la Société d'Odontologie de Paris ; en 1882 une Chambre syndicale ; en 1883, une Société de secours mutuels, sous le titre de Commission de Prévoyance ; enfin, en 1897, une Société de Prévoyance et d'Assurance en cas de décès, qui fusionna par la suite avec la Commission de Prévoyance. Depuis septembre 1879, l'Association possédait un journal mensuel « Le *Bulletin du Cercle des Dentistes de Paris* », actuellement « *L'Odontologie* ».

Je vous prie de me pardonner cette énumération aride que j'ai faite pourtant aussi brève que possible. Elle était utile pour vous montrer le lien existant entre l'Association et l'Ecole et la participation nécessaire de l'une comme de l'autre à la célébration de ce Quarantenaire.

L'Association eut des débuts laborieux : elle avait tout à faire. Mais l'ardeur, la jeunesse, l'activité et la conviction de ses membres triomphèrent de tous les obstacles.

« Labor improbus omnia vincit » fut la maxime de nos fondateurs.

A ce moment, l'exercice de l'art dentaire était libre. Sa réglementation fut une de leurs premières besognes. Ils eurent à lutter contre la prétention de certains confrères qui, moins soucieux de la santé publique, ne voulaient pas admettre la moindre entrave au libre exercice. Ils furent récompensés de leurs efforts par le vote de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de l'art dentaire en France. Cette loi avait demandé à l'Association cinq années de réunions, de démarches et de rapports. Ce fut un grand pas vers le progrès.

Le statut du chirurgien-dentiste était établi : un diplôme officiel donnait dès lors au public toute sécurité dans le choix de son opérateur.

Entre temps, l'Ecole avait rendu de grands services à l'enseignement odontologique et à l'Assistance publique par son Dispensaire. Le Gouvernement lui en exprima sa gratitude par un décret de reconnaissance d'utilité publique, qui nécessita, au point de vue légal, une scission dans l'Association. Celle-ci fut divisée en deux Sociétés distinctes, et l'Ecole fut administrée par un Conseil, lui appartenant en propre. Mais, quoique différentes, ces deux Sociétés, ainsi organisées, restaient liées assez étroitement pour permettre aux membres de l'Association d'être en même temps membres de la Société de l'Ecole.

Mais si l'Ecole a prospéré en puissance et en autorité par son enseignement toujours accru et les soins qu'elle donne sans relâche aux malades nécessiteux, l'Association n'en mérite pas moins de la profession par le rôle qu'elle s'est assigné et qu'elle n'a cessé de remplir.

Par sa Commission syndicale, elle prépare la défense des intérêts professionnels et des sociétaires devant les tribunaux. Elle sert d'arbitre entre les chirurgiens-dentistes et leurs employés ou leurs clients.

Par sa Commission de Prévoyance, elle vient en aide aux sociétaires âgés, infirmes ou gênés, accorde des bourses ou des secours d'études aux étudiants pauvres.

Depuis sa fondation, elle s'est mêlée activement à tous les problèmes et à toutes les manifestations professionnelles : enseignement, hygiène, exercice illégal, Fédérations nationale et internationale, congrès, expositions, réglementation des substances vénéneuses, expertises, coopération, apprentissage, situation des chirurgiens-dentistes sous les drapeaux, etc.

Je ne veux pas sortir du cadre que je me suis tracé et fatiguer inutilement votre bienveillante attention, en vous énumérant les très nombreuses requêtes qu'elle a portées aux divers départements ministériels. Dans son assemblée générale de demain, elle abordera, comme le programme l'indique, des questions de toute actualité.

Il me faut pourtant vous dire qu'elle a songé à perpétuer le souvenir des dentistes morts pour la Patrie au cours de la guerre 1914-1918. Elle a élevé le monument qui vient d'être consacré par la touchante cérémonie dont nous venons d'être les témoins.

Enfin, et c'est par là que je terminerai, à l'instar du Gouvernement qui récompense les vieux serviteurs par la médaille du travail, l'Association a songé à reconnaître les services rendus aux chirurgiens-dentistes par leurs collaborateurs : en 1913, elle a créé une médaille réservée aux opérateurs et mécaniciens-dentistes français, comptant au minimum 15 ans de service dans la même maison. La guerre a empêché d'attribuer jusqu'à présent ces récompenses.

Je suis heureux d'en faire aujourd'hui la première distribution : Elles sont décernées à :

M. Baillet, Louis-Jules, mécanicien chez M. Denis le Sève, depuis 32 ans.

M. Defaux, Charles, mécanicien chez M. Martial Lagrange, pendant 31 ans.

M. Heudes, Paul, mécanicien chez M. Viau, depuis 30 ans.

M. Leymarie, Joseph, mécanicien chez M. F. Audy, depuis 30 ans.

L'Association générale syndicale des Dentistes de France est heureuse de rendre hommage à la fidélité, à la conscience et au travail soutenu de ces dévoués collaborateurs, qu'elle estime avoir bien mérité de la profession et qui peuvent être cités comme exemples.

IX. — Discours de M. Justin Godart.

M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du service de santé de la guerre, député du Rhône, prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Je suis venu, fier de l'invitation qui m'a été adressée par l'Ecole dentaire de Paris, pour assister à cette cérémonie de célébration du quarantenaire de l'existence de l'Ecole, et je dis ma sincère gratitude aux membres du Comité d'organisation de cette solennité d'avoir songé à me demander d'y être présent.

Je suis venu non seulement pour applaudir à l'exposé qui vient d'être fait de l'admirable activité de cette maison, mais aussi pour apporter mon témoignage à l'Ecole dentaire de Paris et à la profession tout entière.

Lorsque j'ai appris à connaître l'Ecole dentaire, elle n'avait point alors le titre qu'elle porte glorieusement depuis tant d'années. C'était pendant la guerre : l'école était le Dispensaire militaire V. G. 88. Gardez précieusement cette appellation qui marque la période où votre institution était mobilisée, où elle avait abandonné son habit civil pour être incorporée sous la rubrique administrative de Dispensaire militaire Annexe du Val-de-Grâce n° 88 (*Applaudissements*).

Le Dispensaire V. G. 88 a groupé toutes les initiatives qui, dès le jour de la déclaration de la guerre, sont sorties d'ici. Cela a été d'abord le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, qui, sans tarder, s'est constitué. En face de l'élan qui entraînait les jeunes à la frontière et qui mettait au cœur des anciens le regret de ne pouvoir, en raison de l'âge, être aussi là-bas, nul n'est demeuré inactif, ici. Ceux qui ne partaient pas se sont dit : comment pouvons-nous rendre service à la défense nationale ?

Alors vous vous êtes offerts sans réserve ; le service de santé militaire, voyant votre bonne volonté, votre désir d'action, votre compétence utilisable, vous a successivement investis de différentes missions ; rappellerai-je la création de votre dispensaire à l'Hôpital Michelet, où j'ai fait une de mes premières visites comme

sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire ; puis, peu à peu, vous avez ouvert la salle où nous sommes et les voisines à tous les blessés, à tous les édentés ; différents hôpitaux, comme l'hôpital Canadien et l'hôpital Edith Cavell ont fait appel à votre précieux concours.

C'est cet ensemble d'institutions nées spontanément qui est devenu le Dispensaire militaire V. G. 88.

J'ai apprécié les éminents services que votre profession a rendus aux soldats qui combattaient pour le droit et pour la liberté.

Tout à l'heure, nous nous sommes inclinés pieusement devant la mémoire de ceux des vôtres qui sont morts pour la patrie. Maintenant je m'incline respectueusement devant les vivants qui sont ici et qui ont si passionnément travaillé pendant la guerre pour soulager les douleurs, pour refaire des visages que la mitraille avait ravagés effroyablement, pour permettre à ceux qui ne pouvaient point, en raison de leur dentition défectueuse, prendre part aux fatigues de la campagne, d'être dans le rang ; ainsi vous avez récupéré un nombre considérable de combattants pour la grande guerre. Voilà l'œuvre que les chirurgiens-dentistes ont accomplie. C'est sous l'impulsion de l'Ecole dentaire, je tiens à le répéter, que j'ai été amené à rechercher les chirurgiens-dentistes qui étaient infirmiers de 2e classe, soldats de 2e classe, et à les investir d'un grade, d'une autorité technique, à mettre entre leurs mains par les centres d'édentés, par les cabinets dentaires de garnison, par l'organisation de la dentisterie militaire aux armées, les moyens d'agir. Cela, je l'ai fait, sollicité par vous, et je viens vous dire ma très grande gratitude d'avoir pu, avec votre collaboration patiente, créer le corps des dentistes militaires et lui conférer le grade d'officiers.

Mesdames, Messieurs, je ne veux pas insister. Ces souvenirs me pressent, et je pourrais les rappeler plus longuement ; je me contente simplement de proclamer que celui qui a été le chef du service de santé militaire pendant trois années de la guerre, qui a été là au moment où il fallait activer l'organisation, faire appel à toutes les compétences et leur permettre de se mettre à l'œuvre sans une mesquine hiérarchie, que celui-là a trouvé à l'Ecole dentaire de Paris et dans toute la profession le concours le plus absolu, le plus dévoué. C'est presque une citation que je formule ainsi au jour où vous célébrez le quarantenaire d'une grande institution, et ce, en présence de l'homme qui l'a fondée, qui vient de nous la présenter (*Bravos prolongés*).

Quel exemple il nous donne de ce que peut la ténacité, la foi dans la science professionnelle, la volonté ; les quarante années d'existence de votre école sont aussi 40 années de la vie d'un homme d'action, de dévouement et de cœur. Et cela est très beau. (*Très vifs applaudissements*).

A lui, à l'Ecole, aux professeurs, à tous les chirurgiens-dentistes de France, l'ancien chef qui est devenu l'ami, dit aujourd'hui de tout son cœur : l'Ecole dentaire de Paris, les chirurgiens-dentistes de France ont bien mérité de la Patrie (*Applaudissements prolongés*).

X. — Discours de M. Decker.

M. Decker Aloys, délégué du gouvernement luxembourgeois, prononce le discours suivant :

Monsieur le Ministre,
Mesdames, Messieurs,

Délégué par le Gouvernement du Grand Duché de Luxembourg, qui a tenu à être représenté à cette fête universitaire, je m'honore d'apporter ici l'hommage d'un petit pays fidèlement attaché à la France. Si humble que soit ma voix, elle puisera peut-être quelque force dans la sincérité des sentiments dont je suis l'interprète. Ces sentiments, je vous prie de le croire, sont profondément ancrés dans les cœurs luxembourgeois. Nés d'affinités de race dont nous sommes fiers et de traditions ancestrales qui nous sont chères, ces sentiments se sont épanouis au soleil du génie français, pour grandir et se développer à l'ombre de cette hospitalité légendaire dont la terre française a le secret.

Ils sont légion les Luxembourgeois qui, sur votre sol généreux, ont trouvé une existence honorable.

Ils sont légion encore les Luxembourgeois qui sont venus aux universités de France nourrir leur esprit de la moelle des fortes études, qui, d'année en année, sont venus à vos grandes écoles, puiser, pour la vie, des enseignements féconds, faits de lumière et de souplesse françaises.

Ma pensée, en ce moment, se reporte à quelque trente années en arrière où, sous l'égide de maîtres éminents, je faisais mes études à cette Ecole dont ensemble aujourd'hui nous fêtons le quarantième anniversaire.

C'est vous dire avec quelles émotions je me retrouve dans ces murs où je sens palpiter, avec mes années de jeunesse, tant de beaux, tant de récents souvenirs.

C'est vous dire avec quelle joie j'ai serré la main d'anciens camarades.

C'est vous dire aussi avec quel respect, avec quelle gratitude je viens saluer ici d'anciens maîtres qui étaient pour les jeunes plus que des professeurs éclairés, mais des amis toujours bienveillants, toujours bons, qui mettaient dans leur enseignement quelque chose de leur cœur et dont le souvenir reste vivace dans les nôtres !

Qu'ils me permettent de leur exprimer ici, avec tous nos vœux pour l'avenir de l'Ecole, le témoignage de notre admiration sincère et de notre inaltérable reconnaissance ; qu'ils me permettent de citer tout spécialement M. Godon, le fondateur de l'Ecole.

Nous venons de nous incliner devant la mémoire de vos morts, au nom d'un groupe d'anciens élèves luxembourgeois de l'Ecole dentaire de Paris, nous avons déposé des fleurs devant cette plaque commémorative qui dira l'héroïsme de ceux qui sont tombés pour

la patrie en même temps que la reconnaissance de ceux qui les pleurent.

Et devant ce sanctuaire du souvenir, nous répéterons cette forte parole du Président Poincaré :

Honneur aux morts, immortels conseillers des vivants.

XI. — Discours de M. Aguilar.

M. Aguilar, secrétaire général de la Fédération dentaire internationale, prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

C'est au nom de la Fédération dentaire internationale que j'ai l'honneur de vous adresser la parole.

Vous fêtez le quarantenaire de la fondation de votre Ecole et de la fondation du Groupement dentaire français.

Je tiens à dire que l'homme qui a eu l'initiative d'organiser la profession en France, a organisé également la Fédération dentaire internationale.

Cette œuvre, commencée à Paris il y a 20 ans, a promené sa propagande par le monde entier. Nous avons été à Londres, Bruxelles, Stockholm, San-Francisco, Chicago, de l'autre côté de l'Océan.

Malheureusement, l'œuvre dans laquelle on a fait une si profitable propagande pour l'avancement de la science dentaire, pour l'établissement de l'hygiène dentaire, pour l'organisation de tout ce qui pouvait profiter moralement et matériellement au progrès de notre profession, cette œuvre a dû se retenir, ouvrir une parenthèse dans sa marche, parenthèse qui va être fermée prochainement : l'œuvre de la Fédération va être recommencée par la prochaine séance annuelle qui aura lieu à Madrid en 1921. J'espère que la profession française y aura une représentation nombreuse.

Je veux, en cette occasion, au nom du Comité de la Fédération, saluer le Groupement professionnel français et très spécialement l'homme à qui la Fédération dentaire internationale doit tant, à l'homme qui est un citoyen modèle, qui est un professeur éminent, qui est un chevalier sans tache et à qui nous tous, pas seulement en France, mais dans tous les pays, qui portons le titre de dentiste, nous devons un hommage de gratitude : au professeur Godon (*Applaudissements*).

Je veux ajouter quelques paroles, pas seulement comme secrétaire de la Fédération dentaire internationale, mais comme représentant de la Fédération espagnole, à cette occasion.

En Espagne, la valeur, les progrès, les efforts faits par la profession française sont connus et aujourd'hui où vous fêtez ce quarantenaire, tous nos groupements ont tenu à être représentés ici : la Société Internationale, la Société dentaire espagnole, représentée par l'Ecole de la Faculté de médecine, représentée par le Dr Valdès ont voulu être parmi vous pour participer à votre fête. Nous avons

voulu encore amener deux de nos élèves pour qu'ils puissent connaître les professeurs de votre Ecole et commencer leurs études.

Et c'est par cette délégation nombreuse que nous avons voulu être parmi vous en ce jour de fête.

Nous avons voulu aussi demander au ministre de l'Instruction publique d'inviter officiellement un de vos professeurs à venir faire un cours à notre Ecole, désirant ainsi vous montrer comment nous participons de cœur au choix et au talent que vous avez, et comment nous aimons nos confrères français (*Applaudissements prolongés*).

XII. — Allocution de M. Huet.

M. Huet, président de la Fédération dentaire nationale belge, prononce le discours suivant :

Monsieur le Ministre, Mesdames, Messieurs,

La fête du quarantenaire de la fondation du Groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris, que nous célébrons en ce moment, est une nouvelle occasion pour les peuples alliés, qui, de 1914 à 1918, ont soutenu la France dans la lutte pour le droit et pour l'humanité, de se grouper à nouveau autour d'elle pour l'entourer de toute la sympathie qui les anime et qui lui est due pour la place éminente qu'elle occupe dans le monde dentaire.

Dans la séance qui s'est tenue, hier soir, et au sein de laquelle les intérêts les plus élevés de la profession ont été débattus, nous avons eu la satisfaction de voir prônées des idées qui constituent un progrès, tant pour la profession elle-même, que pour la défense des intérêts de la Société.

Et nous avons aussi la joie de voir que, malgré les graves blessures dont elle a souffert et souffre encore, la France sait mettre en action toutes les formidables ressources dont elle dispose.

Elle le fait avec l'abnégation qui l'a caractérisée pendant toute la guerre, se donnant sans compter pour elle et pour ses alliés. (*Applaudissements*).

XIII. — Discours de M. Van Hasselt.

M. Van Hasselt, président de la Fédération dentaire néerlandaise, prononce le discours suivant :

Monsieur le Président,
Messieurs et chers Confrères,

Je vous remercie beaucoup de vouloir bien me permettre de prononcer ici quelques paroles au nom de la profession dentaire hollandaise.

Comme je l'ai écrit dans ma lettre de réponse à votre aimable invitation, nous sommes convaincus que des réunions du genre de

celle que vous avez organisée sont le meilleur moyen de resserrer les liens qui unissent les membres de notre profession.

Je saisis l'occasion qui m'est présentée de rendre hommage à ceux de nos confrères qui sont tombés pendant la grande guerre.

Lorsque nous sommes partis pour Londres vers le 1er août 1914, ce n'était pas seulement pour y apprendre les dernières méthodes et opinions scientifiques, mais surtout pour y trouver des amis d'autrefois et en faire de nouveaux.

Mais lorsque nous nous quittâmes là-bas en grande hâte, le cœur plein d'angoisse et de terreur, plein de soucis pour l'avenir, personne entre nous n'eût cru qu'il s'écoulerait plus de six ans avant que nous nous rencontrions de nouveau.

Mais, hélas, ce ne sont pas tous les confrères dont nous avions fait la connaissance là-bas que nous rencontrons ici. Ceux qui sont morts pendant ces années terribles, ceux qui sont tombés pour la patrie, combattant selon leurs forces et leurs moyens pour la liberté et pour le grand droit, nous ne les verrons plus ; leur bouche et leurs yeux sont fermés pour toujours. C'est justement à eux que vont nos pensées, notre admiration ; c'est avec le plus profond respect pour le souvenir de ces nobles confrères que j'ai déposé, tout à l'heure, cette couronne en souvenir et au nom de la Fédération dentaire hollandaise (*Applaudissements*).

XIV. — Vœux sur l'hygiène dentaire scolaire.

M. Roy donne lecture des vœux sur l'hygiène dentaire scolaire terminant le rapport présenté à l'assemblée générale de la veille et approuvés par celle-ci (V. p. 416, nº de juin).

XV. — Vœux sur le doctorat en chirurgie dentaire.

M. G. Villain donne lecture des vœux sur le doctorat en chirurgie dentaire terminant le rapport présenté à l'assemblée générale de la veille et approuvés par celle-ci (V. p. 419, nº de juin).

XVI. — Discours de M. Paul Strauss.

M. Paul Strauss, sénateur, prononce le discours suivant :

Mesdames, Messieurs,

Cette cérémonie doit conserver jusqu'au bout son caractère unique et impressionnant. Elle a débuté par un hommage aux morts et s'est poursuivie par l'évocation des inoubliables services rendus et par l'Ecole dentaire de Paris et par tous les dentistes de France.

Je n'ai qu'à rappeler d'un mot bref, comme un témoin plus ancien que lui, les paroles si chaleureusement communicatives et suggestives de M. Justin Godart, lorsqu'il a tout à la fois rendu hommage à l'Ecole dentaire et à son Président, mon ami M. le Dr Godon.

C'est aujourd'hui une triple fête de la reconnaissance profesionnelle, de la gratitude patriotique et de la concorde inter-alliée. Je tiens à dire, profondément ému par les paroles qui ont été prononcées par les représentants du gouvernement luxembourgeois, par le représentant du peuple espagnol, par le représentant du peuple néerlandais, combien nous sommes touchés des sympathies précieuses que s'est acquises la France au cours de cette guerre, véritable croisade pour le droit, la liberté et la civilisation. Que les jeunes gens conservent pieusement, fidèlement, toute leur vie durant, le souvenir de ces épreuves et, une fois la France guérie de ses blessures, resplendissante, poursuivant sa marche vers des destinées de plus en plus glorieuses, qu'ils aient au cœur l'espérance indéfinie du progrès, de la concorde et de la bonté.

C'est dans cet esprit d'union et d'espoir que nous devons clore cette cérémonie évocatrice, avec un seul souhait, qui a de ma part quelque chose d'égoïste, c'est de nous retrouver tous et toutes ici dans 10 ans pour fêter le triomphal et superbe cinquantenaire de l'Ecole dentaire de Paris (*Vifs applaudissements*).

La cérémonie est terminée à 4 heures 35.

41e ANNÉE. N° 9. 30 SEPTEMBRE 1921. VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ABCÈS PYORRHÉIQUES A CUL-DE-SAC SERPIGINEUX

(Abcès péricémentaires sur dents vivantes)

Par le Dr Maurice ROY,
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des Hôpitaux.

(Communication à la Société d'Odontologie, 1er février 1921.)

Vous savez qu'il existe une catégorie particulière d'abcès alvéolaires caractérisés par ce fait que, bien qu'ayant toutes les apparences d'un abcès alvéolaire consécutif à une mortification pulpaire, ils se produisent sur des dents à pulpe vivante.

En dépit de cette vitalité pulpaire, dont il est possible de s'assurer par la constatation de la sensibilité au chaud et au froid et, en dernière analyse, par la trépanation, ces dents présentent donc, lorsque cet abcès s'est ouvert, une fistule gingivale permanente, généralement vestibulaire, et, si l'on explore celle-ci avec un stylet, on se trouve conduit non pas vers l'apex de la racine, comme dans les abcès alvéolaires ordinaires, mais vers la partie moyenne de cette racine.

Ces abcès, dits *abcès péricémentaires sur dents vivantes*, ont fait couler des flots d'encre, je crois pouvoir le dire, et ils ont permis à certains auteurs d'échafauder toute une théorie sur la pathogénie de la pyorrhée alvéolaire. Ces auteurs, attribuant à ces abcès (Endelmann, Kirk) une origine goutteuse, disaient qu'ils étaient dus à des tophus goutteux développés sur la racine par voie sanguine et faisaient découler de là une théorie particulière de la pathogénie de la pyorrhée alvéolaire.

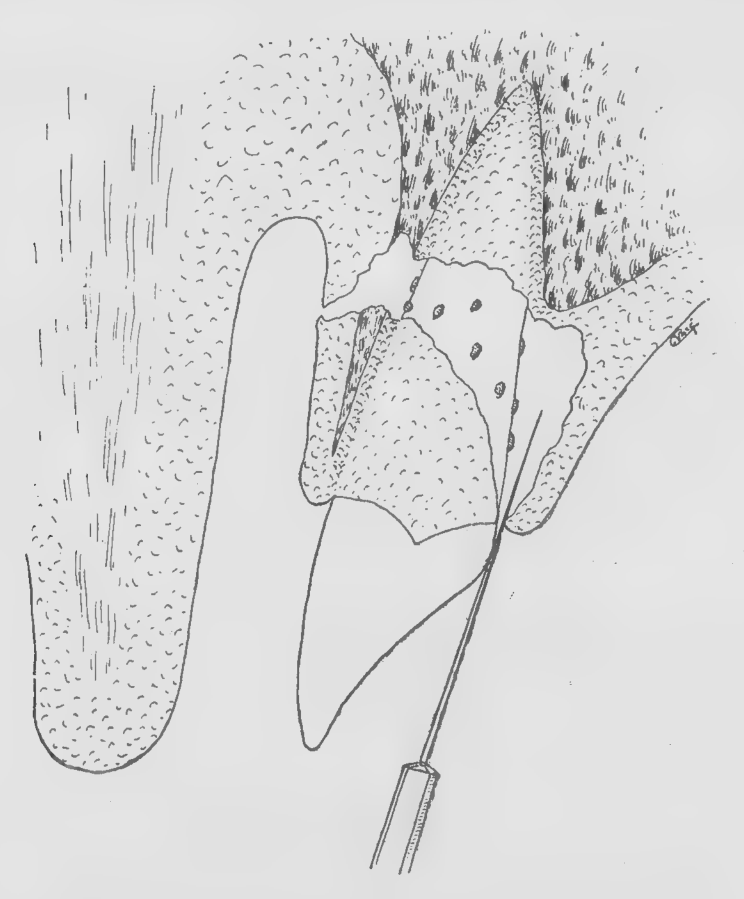
Dans un travail que j'ai présenté au Congrès du Havre[1] et qui était un fragment de celui plus complet que je devais présenter au Congrès de Londres, et que j'ai présenté à cette Société il y a deux ans, sur *La Pathogénie et la Prophylaxie de la Pyorrhée alvéolaire*[2], je crois avoir démontré d'une façon absolument péremptoire que l'étiologie de ces abcès péricémentaires sur dents vivantes n'était pas du tout celle qu'on leur avait attribuée. A l'aide de certains faits que j'ai observés et que j'ai rapportés, j'ai montré que l'évolution de ces abcès répondait à des données tout à fait différentes.

Ces abcès ne sont pas autre chose en effet que des abcès pyorrhéiques qui, par suite de l'oblitération de l'orifice gingival du cul-de-sac, ont subi une évolution particulière.

Dans les conditions ordinaires, les culs-de-sac pyorrhéiques, comme je l'ai montré, sont dus à l'absence de parallélisme entre la résorption osseuse et la résorption gingivale, celle-ci étant en retard sur celle-là[3] ; il en résulte la formation le long de la racine d'une poche plus ou moins profonde, ouverte dans le sillon gingival péricervical et contenant des débris organiques divers et presque toujours du pus en plus ou moins grande quantité qui s'écoule au dehors par l'orifice gingival du cul-de-sac. Mais, si cet orifice péricervical se trouve oblitéré par un obstacle plus ou moins permanent, comme des dents antagonistes en surocclusion qui viennent mordre sur la gencive et rabattre sur l'orifice la languette marginale de celle-ci, le pus ne pourra trouver issue de ce côté, il sera donc amené à chercher un chemin par une voie détournée, passera le long d'une des faces proximales à la partie moyenne de la racine, traversera la paroi alvéolaire externe de résistance moindre et s'ouvrira finalement dans

1. Maurice Roy. — Les abcès péricémentaires sur dents vivantes, leur nature. *L'Odontologie*, juillet 1917 p. 247.
2. *L'Odontologie*, avril, mai, juin 1919.
3. Maurice Roy. — La Pathogénie et la Prophylaxie de la Pyorrhée alvéolaire. *L'Odontologie*, 30 mai 1919, p. 211.

la région vestibulaire sans que rien ne vienne attirer l'attention d'un observateur non averti du côté de l'orifice primitif du cul-de-sac qui, comme le montre la figure ci-



Abcès péricémentaire sur dent vivante montrant l'ouverture de l'abcès dans la région vestibulaire, ainsi que le cul-de-sac pyorrhéique siégeant à la face linguale et dans lequel est introduit un stylet.

On voit que ce cul-de-sac, primitivement formé à la face palatine de la dent, s'étend sur la face proximale, contourne la racine et va finalement se terminer à la face vestibulaire de la racine où il s'ouvre lorsque du pus s'y est accumulé en quantité suffisante, l'ouverture margino-palatine ne le laissant pas sortir parce qu'elle est fermée par la languette marginale de la gencive sur laquelle viennent mordre les dents antagonistes.

contre, se trouve en un point très éloigné de la fistule vestibulaire qui est l'aboutissant ordinaire de ces culs-de-sac serpigineux.

Voilà pourquoi je voudrais donner à ces abcès un nom

qui rappelle leur évolution, en les appelant, jusqu'à ce que l'on trouve une dénomination un peu plus brève : *Abcès pyorrhéiques à cul-de-sac serpigineux.* En effet, c'est un cul-de-sac qui serpente autour de la dent et vient s'ouvrir très loin du point de départ.

Pendant de longues années de pratique, je n'avais pas vu beaucoup de ces abcès ou du moins ils ne m'avaient pas frappé. Mais quelques années avant la communication à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, j'en ai vu quelques-uns et, depuis, mon attention ayant été attirée sur ces faits, j'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de ces abcès.

Je ne serais pas revenu, sur ce sujet, si dernièrement encore je n'avais eu l'occasion d'observer trois cas intéressants à divers titres parce qu'ils montrent différentes modalités de formation de ces culs-de-sac.

Ces abcès pyorrhéiques sur dents vivantes ont ceci de particulier, vous disais-je, que l'orifice du cul-de-sac est toujours fermé par un obstacle. Cet obstacle est, dans la grande majorité des cas, les dents de la mâchoire antagoniste ; c'est en effet sur des malades ayant de la surocclusion que j'ai constaté le plus grand nombre de cas d'abcès péricémentaires sur dents vivantes.

Lorsqu'il y a surocclusion, comme vous le savez, les dents de la mâchoire inférieure viennent mordre au collet des dents supérieures refoulant la muqueuse palatine, traumatisant cette muqueuse et insinuant dans la rainure péri-cervicale de la dent des produits septiques de divers ordres qui vont être l'origine du développement de ce cul-de-sac dont vous venez de voir l'évolution ultime. Comme cette action s'exerce d'une façon constante et que la dent inférieure rabat la languette gingivale sur le cul-de-sac qui s'est formé, il en résulte que ce cul-de-sac se trouve complètement fermé et que, comme je vous le disais tout à l'heure, le pus formé, ne pouvant pas trouver d'issue par sa voie normale, s'en va en chercher une beaucoup plus éloignée qui est celle que je viens de vous indiquer.

Mais ce n'est pas toujours cette même cause qui intervient, on en peut observer d'autres, les appareils prothétiques en particulier. J'ai observé un certain nombre de cas en effet dans lesquels c'était un appareil prothétique qui formait l'orifice du cul-de-sac pyorrhéique et venait donner lieu à tous ces mêmes phénomènes.

Enfin, dans d'autres cas, comme la dernière observation des trois que je vais vous soumettre, la cause est un petit peu plus difficile à élucider et d'origine particulière, je vous la signalerai tout à l'heure.

*
* *

De ces trois cas que je prendrai comme types, l'un est un cas simple et se rapporte à la première catégorie.

Il s'agit d'une dame d'une cinquantaine d'années qui est venue me trouver, il y a quelque temps, pour une petite fistule siégeant dans la région vestibulaire, au niveau d'une incisive latérale supérieure droite. En examinant cette dent, j'ai constaté qu'elle était exempte de carie, de coloration absolument normale, et d'une sensibilité au froid assez accentuée pour ne pas laisser de doute sur la vitalité de la pulpe.

Je n'ai pas cherché longtemps l'étiologie de cet abcès, car, ayant fait fermer la bouche de cette malade, j'ai constaté immédiatement qu'elle avait une forte surocclusion et, en examinant avec le miroir la face postérieure de l'incisive intéressée, j'ai pu voir au collet de cette dent une petite dépression formée par la dent antagoniste qui venait en même temps marquer son empreinte sur le bourrelet gingival. Prenant alors une sonde à exploration, j'ai immédiatement filé dans un cul-de-sac profond et, avec une sonde à canaux recourbée, j'ai pu arriver, par un chemin assez tortueux, au niveau de la fistule.

C'est là le cas type, cas que l'on rencontre très fréquemment, et je vous engage à observer vos patients présentant

de la surocclusion, parce qu'ils sont très exposés à ces accidents-là ; il y a lieu de les surveiller de façon à ne pas laisser se développer de culs-de-sac pyorrhéiques à la partie postérieure de leurs incisives supérieures.

*
* *

Le second cas est celui d'une dame d'une soixantaine d'années qui ne présentait plus à la mâchoire supérieure que quatre dents, les deux incisives centrales, une incisive latérale et une canine du côté gauche. Cette dame est venue me voir, il y a un mois environ, présentant dans la région vestibulaire, au niveau de l'incisive centrale gauche, une tuméfaction très marquée s'étendant jusqu'au filet médian de la lèvre, petite tuméfaction de la grosseur d'une demi-cerise, fluctuante et pas très douloureuse. J'ai ouvert cette petite tuméfaction et j'y ai trouvé du pus qui s'est écoulé facilement. Ses dents restantes étaient exemptes de carie ; elles étaient toutes sensibles au froid ; par conséquent, il n'y avait aucune mortification pulpaire que l'on pouvait incriminer pour expliquer l'évolution de cet abcès.

Pensant à un abcès pyorrhéique serpigineux, bien qu'il n'eut pas de pyorrhée apparente, j'explorai minutieusement le collet des dents alors que l'insertion ligamentaire était à peu près normale partout, en arrivant à la partie palatine de l'incisive centrale gauche, ma sonde s'enfonça dans un cul-de-sac étroit et profond ; une sonde plus fine et recourbée, engagée dans ce cul-de-sac, vint, en longeant la face distale de la racine à sa partie moyenne, ressortir par l'ouverture vestibulaire de l'abcès.

Par quel mécanisme s'était produit ce cul-de-sac serpigineux ? L'occlusion ne pouvait être mise en cause, elle était normale, et la malade n'avait pas d'appareils dans la bouche. Je lui dis cependant : « Vous devez porter un appareil. » elle me répondit : « Oui, seulement je ne le porte plus parce que chaque fois que je le mets, l'appareil

me fait très mal aux gencives, je ne peux plus l'endurer. » Elle avait un appareil en caoutchouc qu'elle tira de sa poche ; je mis cet appareil en place, il venait fermer hermétiquement ce cul-de-sac pyorrhéique, ce qui expliquait les douleurs ressenties depuis quelque temps par la malade chaque fois qu'elle le portait.

J'ai fait le traitement qu'il convenait dans ce cas, j'ai cureté et nettoyé le foyer pyorrhéique d'une façon aussi complète que possible dans toutes ses parties ; j'ai fait des applications de chlorure de zinc et, aujourd'hui, tout est rentré dans l'ordre, la dent est en train de se consolider. Il n'est plus question d'abcès vestibulaire, tout est terminé de ce côté.

Comme vous le voyez, dans ce cas, ce n'est plus comme dans le précédent, une dent antagoniste mais un appareil prothétique qui vient appuyer sur le petit clapet gingival et fermer le cul-de-sac pyorrhéique d'une façon complète et suffisamment permanente pour obliger le pus à aller chercher une voie d'accès plus éloignée.

*
* *

Le troisième cas est encore plus intéressant et plus compliqué peut-être par son évolution. C'est celui d'un de nos confrères qui est venu me trouver, il y a quelque temps, en souffrant horriblement d'une seconde grosse molaire supérieure droite ; il avait sur la gencive, au niveau de cette dent, une tuméfaction assez marquée, mais pas très grosse cependant, à 1/2 centimètre à peu près au-dessus du bord gingival. Cette dent était absolument saine ; ce confrère a du reste les dents en très bon état, il a même de très belles dents ; il ne lui en manque qu'une du côté opposé qui, paraît-il, avait donné lieu, lorsqu'elle avait été enlevée, aux mêmes phénomènes que ceux observés actuellement. La dent en cause était absolument exempte de carie et, quant à sa vitalité pulpaire, elle était indéniable, car l'application du froid sous forme de stypage avec le chlorure

d'éthyle était plutôt douloureuse, sans que la douleur eût cependant des caractères tels que l'on pût songer à une mortification pulpaire par voie rétrograde.

La petite tuméfaction vestibulaire présentait une petite fistule donnant très peu de pus et conduisant dans un trajet assez vague et je ne savais pas trop quel diagnostic poser dans la circonstance. Le patient, qui avait lu mes travaux sur ce sujet, avait, lui, fait par intuition le diagnostic d'abcès pyorrhéique serpigineux, mais j'avoue que je n'étais pas très sûr qu'il fut dans le vrai.

J'explore les dents de cette région, elles étaient toutes exemptes de carie : aucun doute à avoir de ce côté-là. Mais une chose attire mon attention : la dent de sagesse présentait également une assez grosse sensibilité et dans l'espace proximal entre la seconde et la troisième molaire, je trouvai un cul-de-sac assez profond filant entre la racine palatine et la racine distale de la seconde grosse molaire. Je nettoyai le cul-de-sac, ce qui était extrêmement douloureux, et je me dis : je vais voir ce qu'il y a là dedans. Je fis à ce moment pression avec de petits tampons chargés d'antiseptiques quand tout à coup je vis sortir par le trajet vestibulaire une quantité d'un pus grumeleux au fur et à mesure que j'enfonçais mes tampons dans l'espace proximal entre la dent de sagesse et la seconde molaire où j'avais constaté ce cul-de-sac. C'était là la clef de la situation.

Le cul-de-sac en question siégeait ici dans l'espace proximal entre la dent de sagesse et la seconde grosse molaire et le pus, passant à travers les trois racines de cette dernière dent, était venu s'ouvrir un chemin entre les deux racines vestibulaires et donner lieu aux phénomènes que je vous ai décrit.

Ici la cause est un peu plus difficile à élucider. Cependant d'après les explications qui m'ont été données par ce confrère, avec lequel j'ai cherché quelle pouvait être l'origine, voici celle que nous avons trouvée. Il s'agit d'un patient qui soigne très bien ses dents et c'est peut-être là la cause involontaire de ce qui s'est passé. Ce patient

use de façon courante du fil de soie; or, il semble qu'avec ce fil de soie il a refoulé des produits septiques dans la rainure gingivale au lieu de les enlever. Lorsque les insertions ligamentaires autour d'une dent sont normales et que l'on passe un fil de soie entre les dents, ce fil de soie rencontre un plan résistant et il entraîne dans son passage tous les débris alimentaires qui peuvent se trouver au niveau de cet espace proximal. Mais si, au contraire, comme dans ce cas particulier, les insertions gingivales ne sont plus normales par suite de résorption alvéolaire sénile précoce, sans résorption gingivale correspondante, c'est-à-dire avec cul-de-sac de pyorrhée, le fil de soie ne rencontre plus un plan résistant et alors entraîne bien dans sa translation en dehors une partie des débris alimentaires, mais il en refoule aussi une partie dans le cul-de-sac pyorrhéique en formation.

Il semble que, dans le cas particulier que je viens de vous décrire, ce soit par ce mécanisme qu'a été provoquée la formation de cet abcès pyorrhéique avec cul-de-sac serpigineux d'une forme assez particulière qu'il m'a paru intéressant de vous signaler.

Comme vous le voyez, les trois observations que je viens de vous rapporter présentent trois modalités différentes d'un même processus. Elles vous montrent encore une fois que ces abcès d'apparence paradoxale trouvent une explication logique et simple lorsqu'on les soumet à un examen clinique minutieux et complet ; aussi je vous engage à observer avec soin les cas semblables qui pourraient se présenter dans votre pratique ; je serai très heureux si quelques-uns d'entre vous voulaient bien nous apporter quelques communications de même ordre qui viendraient compléter les recherches que j'ai faites à ce sujet.

L'AFFINAGE DES ALLIAGES D'OR A LA PORTÉE DES PETITS LABORATOIRES DE PROTHÈSE

Par Ch. Bennejeant, de Clermont-Ferrand,

Chirurgien-dentiste, docteur en médecine, licencié ès sciences.

En décembre dernier j'exposais devant la Société d'Odontologie les divers procédés utilisables au laboratoire de prothèse pour la récupération des métaux précieux provenant des déchets, des limailles et des poncés. Les conclusions étaient à peu près celles-ci :

Par *voie humide* on obtient la séparation de chaque métal. C'est le procédé de choix pour les limailles riches en platine, mais il nécessite des manipulations délicates et l'emploi du chalumeau oxhydrique. Il est assez onéreux.

Par *voie sèche* l'ensemble des métaux précieux redevient utilisable. Ce procédé convient mieux aux déchets et aux limailles pauvres en platine.

Si l'affinage se fait *par le chlore*, il nécessite un abus de chlore liquide et un outillage spécial. Il est avantageux pour des quantités assez considérables de métaux précieux. L'argent se chlorure et n'est récupérable que par une seconde manipulation. Ce procédé est rapide.

Si l'affinage se fait *par coupellation*, le procédé est beaucoup plus long et exige l'emploi d'un four à coupeller.

Le nouveau procédé que j'ai l'honneur de vous présenter est basé sur le choix judicieux d'une substance chlorurante. Après divers essais j'ai choisi l'oxychlorure de magnésium qui, chauffé dans un courant d'air, libère son chlore à partir de 950° et au-dessus suivant la réaction :

$$\text{Mgo, Mg Cl}^2 + \text{O} = 2\ \text{Mgo} + 2\ \text{Cl}$$

La confection de coupelles de chloruration.

L'oxychlorure de magnésium, comme l'oxychlorure de zinc que nous connaissons bien dans notre art, est une substance plastique susceptible d'accepter et de conserver

après dessiccation les formes les plus variées. La plus grande difficulté à vaincre pour la conservation indéfinie de ce produit consiste à obtenir un oxychlorure qui ne soit pas hygroscopique et ne devienne pas déliquescent par la suite, ce qui se produit immanquablement lorsqu'on part de magnésie ordinaire ou du carbonate de magnésie. Deux façons de procéder :

On ajoute du chlorure d'ammonium à l'oxychlorure qui forme avec lui un sel susceptible d'être desséché sans décomposition et ne fixant pas d'eau par la suite. Chauffé, ce sel double libère à 350° le chlorure d'ammonium et laisse de l'oxychlorure de magnésium anhydre.

Soit on part de magnésie calcinée (magnésie anglaise des pharmaciens). C'est, à mon avis, la meilleure façon de préparer un produit convenable. Après de multiples essais je me suis arrêté à la composition suivante :

Acide chlorhydrique du commerce 22° B . .	43 gr.
Magnésie anglaise.	40 gr.

L'acide chlorhydrique est saturé graduellement, puis mélangé intimement avec la magnésie anglaise restante. Le mélange est pâteux. C'est à cet état qu'il est moulable. Pour mon usage j'ai adopté la forme des coupelles ordinaires. Un cylindre de métal légèrement huilé peut servir de moule. Une légère cupule modelée avec le doigt au centre de la surface libre tient lieu de coupelle. Le moule rempli est porté à une douce chaleur, croissant graduellement jusqu'à dessiccation complète. Un séjour de trois à quatre heures dans un four de cuisine donne le même résultat. L'oxychlorure se rétracte en sorte que le démoulage est facile.

Le matériel nécessaire.

Une soufflerie ordinaire et le chalumeau correspondant.

Un touchau, une pierre de touche et le flacon d'eau régale.

Une paire de lunettes noires pour protéger la vue de l'opérateur, lorsque la magnésie formée devient incandescente.

La marche de l'affinage.

Le principe reste le même que dans l'affinage par un courant de chlore : les alliages d'or perdent les métaux communs qu'ils renferment (fer, nickel, plomb, bismuth, cuivre, étain, etc.), qui s'éliminent pour la plupart sous forme de chlorures volatils. Avec ce procédé la chloruration de l'argent est moins marquée qu'avec le courant de chlore, à moins d'une action prolongée. On perd donc relativement peu d'argent. L'or fondu ne peut pas donner de chlorure, il n'en donne un qu'aux environs de 300°, température à laquelle l'oxychlorure de magnésium n'est pas décomposé.

L'avantage de la coupelle de chloruration est de donner un réservoir de chlore commode et peu encombrant, qui ne dégage son chlore à l'état naissant qu'à la température de fusion des alliages d'or et au-dessus.

La première condition à réaliser pour cet affinage est de choisir un endroit convenablement ventilé, condition qui n'est pas réalisée dans la plupart des laboratoires de prothèse parisiens. Cent grammes d'oxychlorure fournissant une dizaine de litres de chlore.

La quantité de métal à affiner dans chaque *passe d'affinage* dépend du pourcentage de métaux communs contenus, de leur nature et de la puissance d'action du chalumeau. Par expérience personnelle, je conseille de ne pas dépasser 10 grammes, le lingot fondu est plus facilement dirigé par le chalumeau et l'affinage se fait mieux. La durée de l'affinage dépend également des mêmes facteurs. La présence de plomb en assez grande quantité facilite énormément le départ des autres métaux communs. Il y a une très grande analogie entre l'élimination par entraînement des métaux communs à l'état d'oxydes par l'oxyde de plomb dans la coupellation ordinaire et l'élimination par

entraînement à l'état de chlorures par le chlorure de plomb dans ce nouveau procédé, avec cette différence toutefois d'une plus grande rapidité d'opération dans le second cas. Il faut donc ajouter une petite quantité de plomb à l'alliage à affiner proportionnellement à la quantité de métaux communs à éliminer. En aucun cas elle ne doit excéder le poids de l'alliage à affiner. L'élimination du cuivre, de l'or rouge demande par ce procédé environ un quart d'heure pour de l'or à 22 carats. L'élimination de zinc provenant de soudures demande environ cinq minutes.

Le lingot est d'abord fondu en flamme réductrice, ensuite on fait agir le chalumeau en petite flamme oxydante sur l'alliage fondu et son voisinage. L'oxychlorure de magnésium porté au rouge devient incandescent sous l'action de la flamme oxydante et la magnésie formée ne tarde pas à se détacher partiellement en petites écailles que le souffle du chalumeau emporte. On continue en faisant courir le lingot fondu sur la surface de la coupelle. Toutes les trois ou quatre minutes on cesse le feu et on aide au départ de la magnésie formée, qui est restée encore adhérente à la coupelle, en grattant légèrement la coupelle avec une spatule, de façon à retrouver une surface d'oxychlorure. On recommence la flamme oxydante et sous son action on ne tarde pas à voir le lingot se réduire en même temps qu'il s'auréole d'une crasse de chlorures non encore volatilisée. De temps à autre, on le débarrasse de cette auréole en le trempant dans l'acide chlorhydrique. La chloruration est active, lorsque du lingot monte une petite fumée bleuâtre formée par les chlorures. Il n'y a pas de projections métalliques pendant toute cette opération d'affinage. Elles ne se produisent que sur du métal surchauffé ou ne renfermant que des métaux précieux : or, argent, platine, palladium. On se rend compte pratiquement d'une élimination suffisante des métaux communs par la malléabilité au marteau du lingot. S'il gerce encore, bien que de coloration jaune, il renferme encore des impuretés et il faut continuer l'affinage.

RÉSULTATS.

Les résultats sont facilement identifiés par l'usage du touchau et de la pierre de touche. Le carat s'élève notablement. Partant d'or rouge à 22 carats, on arrive au voisinage de l'or à 24 carats. Partant d'or jaune on élève le carat de toute la quantité de cuivre et d'une très petite quantité d'argent qui s'éliminent.

En résumé la coupellation par chloruration comme je viens de la décrire marche mieux et plus vite que la coupellation par oxydation ordinairement employée. Pour nous, praticiens et artisans, l'avantage important apporté par ce nouveau procédé est de pouvoir récupérer rapidement et économiquement les appareils hors d'usage, les déchets souillés et les limailles sans qu'ils sortent du laboratoire, de les affiner ou tout au moins de leur restituer les qualités mécaniques nécessaires pour leur réutilisation.

L'inconvénient sérieux est le dégagement chloré. Chez les dentistes de province où l'air et l'espace ne manquent pas, il n'a pas d'importance. C'est à eux surtout que je consacre ces lignes.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

BRIDGES MOBILES AMOVIBLES

Par M. Chayes, de New-York.

(Société d'Odontologie, 29 mai 1921).

Le système présenté par l'auteur est basé, d'une part, sur le respect de la liberté physiologique des organes empruntés comme piliers ; d'autre part, sur l'action mécanothérapeutique de selles susceptibles par une légère mobilité, calculée et limitée, de stimuler la circulation dans les tissus avoisinants.

Les moyens d'attache de ces bridges sont constitués : 1° par des mortaises et tenons, offrant un certain jeu bucco-lingual et mésio-distal, pour assurer la mobilité recherchée. Ces dispositifs, permettant le retrait du bridge qui est amovible, sont inclus dans des inlays restaurant et conservant la forme, le contour, le volume et la morphologie intégrale des dents empruntées pour piliers ; ces organes ne sont pas dévitalisés. Lorsqu'on se trouve en présence de dents dévitalisées ou de racines, les piliers construits sur ces organes sont amovibles (tubes et gaines) et reliés au bridge par des tenons et mortaises entre lesquels un certain jeu est également assuré.

Pour l'auteur un bridge est assuré du succès si, dans la majorité des cas, il est basé sur les principes essentiels suivants :

1° Antisepsie,

2° Conservation de l'intégrité péridentaire,

3° — — — pulpaire,

4° Absence d'irritation des surfaces muqueuses,

5° Parallélisme des attaches. Eviter un effort inutile en plaçant et en enlevant l'appareil,

6° Conservation du tissu de la dent.

Toute restauration artificielle a pour but de placer

quelque chose qui remplisse toutes les fonctions de la partie manquante.

Les remplaçants dentaires doivent répondre aux besoins anatomiques, physiologiques et esthétiques sans nuire à la fonction de la denture naturelle ou léser ses tissus rétentifs.

L'expérience a montré qu'un bridge mobile amovible est un véritable remplaçant dentaire.

Le système Chayes tient compte de ce que les dents se meuvent en fonctionnant ; il permet à toute dent servant de point d'appui de se mouvoir individuellement et conserve son intégrité ; il permet un mouvement défini aux dents restaurées, qui, reposant sur une selle, se meuvent avec le tissu mou sous-jacent dans une mesure limitée. Ce mouvement limité maintient la pression intermittente nécessaire pour une circulation convenable.

Une restauration de ce genre est naturellement amovible et se remet aisément en place après nettoyage à cause du parallélisme des points d'appui. La dévitalisation n'est presque jamais nécessaire.

Ce système est simple ; avec de l'habileté technique on l'emploie aisément; il développe cette habileté chez ceux qui n'ont que peu de pratique.

Il permet de restaurer une dent avec mobilité et amovibilité ou de combler l'arcade tout entière de la même manière, s'il y a dans la bouche un nombre suffisant de points d'appui sains.

Quand ce genre de bridge a été bien préparé et bien exécuté, il assure une restauration à la fois scientifique, propre, esthétique et rétablissant la santé du patient.

Les avantages du bridge mobile amovible comme remplaçant dentaire sont manifestes ; l'amovibilité assure l'antisepsie.

Tandis que le bridge fixe empêche la mobilité convenable des remplaçants et de leurs points d'appui, c'est le contraire avec le bridge mobile-amovible.

La perte finale des points d'appui d'un bridge fixe ou d'un bridge amovible fixe est inévitable. Le bridge fixe est

une source constante d'irritation pour ses points d'appui et leurs tissus de rétention. La vitalité des tissus mous voisins des points d'appui d'un bridge fixe diminue progressi-





Moulage d'un cas de pratique représentant un bridge simple et un bridge composé.

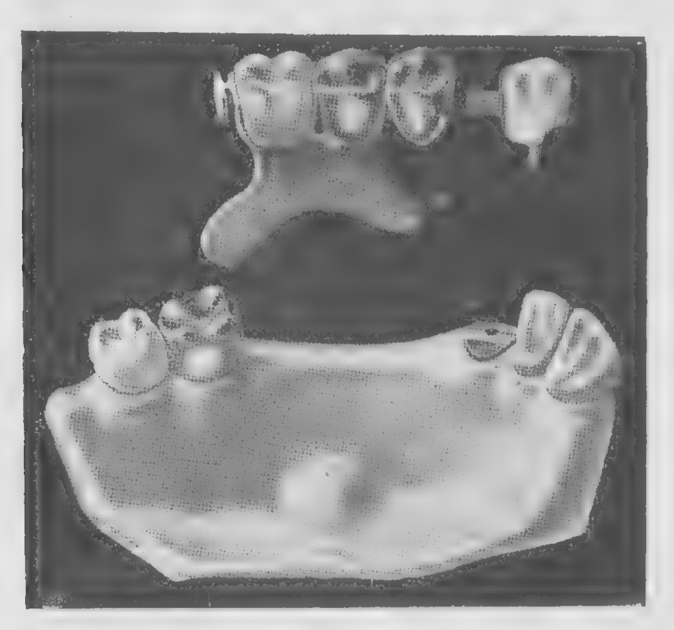
vement en raison des troubles vasculaires de ces parties.

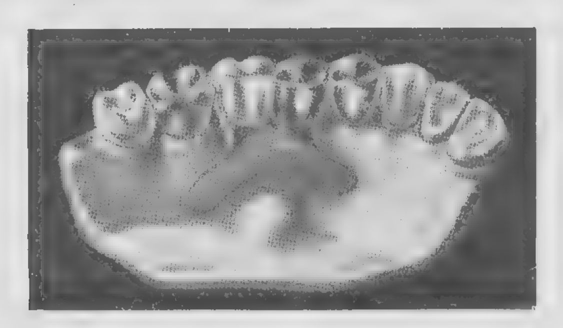
La résistance des tissus mous à l'infection est amoindrie par l'effort constant qui leur est imposé par un bridge fixe.

Comme collecteur de détritus et de réceptacle pour les

matières infectieuses, le bridge fixe facilite le développement des conditions locales qui ont un rapport causal avec les maladies constitutionnelles.

Un bridge fixe est une menace pour la santé de celui qui en est porteur.





Moulage d'un cas de pratique montrant un bridge composé remplaçant une cuspidée, deux bicuspides et une molaire.

Le bridge mobile-amovible Chayes est celui qui répond le mieux à la conception moderne d'un remplaçant dentaire.

Il n'irrite pas les tissus buccaux, il permet aux dents points d'appui de conserver leur orbite normal de mouve-

ment, il assure l'intégrité physiologique de ces dents et des tissus voisins, il stimule mécaniquement au degré voulu les tissus sous-jacents ; il ne sert pas de réceptacle aux débris, parce que le parallélisme parfait de ses points d'appui permet de l'enlever aisément pour le nettoyer ; il contribue à maintenir la bouche dans un état sain. Il donne la sécurité qu'éprouve toujours le dentiste consciencieux quand il emploie le meilleur moyen d'accroître la santé et la commodité du patient. Il donne au praticien le droit à une rétribution en rapport avec son habileté et sa dignité professionnelle.

Les molaires portant les inlays qui contiennent les coquilles des attaches bucco-linguales sont vivantes.

Dans le bridge composé l'effort est brisé distalement jusqu'à la cuspidée au moyen d'une fixation à extension distale sur l'inlay de la cuspidée. Si celle-ci avait été vivante, on aurait employé une attache antérieure au lieu d'une cheville et d'un tube, de sorte que la dévitalisation de la cuspidée aurait été inutile.

La stimulation du tissu sous-jacent est produite par la mobilité du bridge transmise par la selle à la gencive.

Le 2e moulage représente un bridge simple et composé en position.

L'ENREGISTREMENT DE L'ARTICULÉ DENTAIRE, MÉTHODE GEORGES VILLAIN

Par Paul GONON.

(*Société d'Odontologie, 29 mai 1921.*)

Je vous prie de m'excuser si je me présente à vous, tout frais émoulu de l'Ecole. J'ai à vous montrer un procédé d'enregistrement de l'articulation dentaire, procédé permettant de réaliser l'articulation physiologique des appareils partiels sans le secours d'articulateurs anatomiques. Je regrette pour vous que M. G. Villain ne puisse vous

faire lui-même la démonstration de cette méthode dont nous lui sommes redevables.

Il convient, pour bien nous comprendre, de préciser la valeur du terme « Articulation ». Si nous mettons nos dents en contact dans leur position habituelle d'engrènement, nous réalisons l'*occlusion* ; si, sans cesser le contact dentaire, nous faisons exécuter à notre mandibule tous les mouvements qu'elle peut faire dans ces conditions, nous réalisons l'*articulation*. Autrement dit, et ainsi que nous l'enseignait M. Georges Villain dans ses cours, le terme *occlusion* caractérise l'*état statique des arcades dentaires* dans leur position habituelle d'engrènement, tandis que le terme *articulation*, qui évoque l'idée de mouvement, caractérise le *rapport dynamique des arcades dentaires*.

On *prend ou l'on fixe l'occlusion*, tandis qu'on ne peut qu'*inscrire* ou *enregistrer l'articulation*.

Réaliser l'articulation physiologique (cette expression est un pléonasme, nous venons de voir que l'articulation est physiologique par définition) des appareils partiels n'est pas chose facile si l'on veut utiliser un articulateur anatomique. Les édentés partiels ont très souvent un mécanisme dentaire sensiblement éloigné de la normale et parfois même profondément modifié. L'absence plus ou moins prolongée de certaines dents et souvent la pyorrhée aidant, entraînent des malpositions diverses des dents restantes, versions, gressions, rotations, etc., tout ceci provoquant un engrènement anormal et, partant, un mécanisme modifié. Il résulte de cet état de choses que l'emploi d'articulateurs basés sur des moyennes est impossible ; il faut songer aux articulateurs adaptables avec toutes leurs complications. C'est un travail devant lequel on recule généralement, surtout lorsqu'il s'agit de pièces de peu d'importance ou de petits bridges. On se contente alors de réaliser, au laboratoire, une « occlusion » parfaite de la pièce en question et l'on procède en bouche aux retouches qui permettront l' « articulation ». Cependant, ces retouches,

outre qu'elles nous prennent dans le cabinet un temps toujours précieux, sont loin d'être d'une exactitude rigoureuse. On meule généralement un peu trop afin d'obtenir une pièce dont l'occlusion soit bonne et qui permette les mouvements physiologiques ; mais alors, elle n'articule plus d'une façon idéale ; autrement dit, le contact parfait n'existe plus dans les glissements cuspides sur cuspides. Certes, il est impossible d'obtenir le contact parfait de toutes les cuspides ou même de toutes les dents artificielles dans ces mouvements, puisque nous avons si souvent affaire à des patients dont le mécanisme est modifié par la disposition pathologique des dents restantes. C'est précisément parce que ces points de contact sont souvent rares que nous devons en être économes et ne pas les meuler inconsidérément. Le procédé que nous allons examiner permet tout au moins et sans difficultés très grandes de réaliser le maximum de points de contact dans ces mouvements de glissement. Il a de plus l'avantage de pouvoir être exécuté par le mécanicien au laboratoire.

Il suffit de préparer une base d'occlusion particulièrement robuste (Godiva, Pâte de Kerr, base-plate, gomme-laque et pâte de Kerr, etc.) renforcée soigneusement avec des fils de fer noyés dans l'épaisseur et, suivant les cas, avec des bandeaux extérieurs de fils de fer contournant les dents restantes sur leurs faces vestibulaires. Cette base est réglée à l'occlusion de façon à ce qu'il reste un très léger espace entre elles et les dents antagonistes (à peine l'épaisseur d'une feuille de cire). Les bords vestibulaires et linguaux doivent déborder d'environ 5 millimètres les faces triturantes des dents antagonistes. On se rend facilement compte, en regardant les bases ayant déjà servi que nous vous présentons, de la forme et de l'inclinaison qu'il faut donner aux surfaces destinées à l'enregistrement d'une articulation. La base étant ainsi établie, on doit veiller d'abord à ce qu'elle n'entrave aucun des mouvements physiologiques, on garnira ensuite sa surface de cire.

Imaginez maintenant qu'au lieu de faire mordre tout

simplement le patient, la base étant garnie de cire comme pour prendre l'occlusion, on lui fasse exécuter avec sa mandibule tous les mouvements qu'il sera capable de faire en gardant ses dents en contact, pendant que l'on tiendra la base en l'assujettissant fortement sur les crêtes. Que va-t-il se passer ? La surface ramollie du plan d'occlusion de la base va se trouver labourée par les cuspides des dents antagonistes, chaque pointe de cuspide et chaque point des faces triturantes de ces dents vont *inscrire leurs trajectoires* dans la cire, la réunion de toutes ces trajectoires constituant la *surface réelle d'articulation*. En effet, nous aurons transformé en une *surface réelle* la *surface virtuelle* qu'engendre dans l'espace, avec les faces triturantes de ses dents privées d'antagonistes, tout édenté dont l'articulation est guidée par au moins deux dents articulant ensemble.

C'est le montage du dentier effectué en se basant sur un moulage de cette *surface d'articulation* qui va nous permettre d'obtenir non seulement une pièce n'entravant pas les mouvements physiologiques, mais encore conservant mathématiquement dans ses mouvements le maximum de points de contact.

Pour les bridges, inutile de faire des bases d'occlusion, il suffit de réunir les piliers par une plaquette métallique résistante que l'on garnit de cire.

Ce procédé d'enregistrement intra-buccal d'une articulation permet, avec divers détails de technique, de monter d'une façon parfaite des pièces doubles et même des dentiers complets pour une seule arcade. Bien entendu il est impossible de monter ainsi un appareil complet haut et bas ; pour ce dernier le problème reste posé ; en ce qui concerne la réalisation intra-buccale de l'articulation, M. Ruppe, qui étudie la question, a déjà obtenu des résultats des plus intéressants ; nous espérons qu'un jour prochain nous en apportera la solution définitive.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU PROTOXYDE D'AZOTE AVEC L'APPAREIL DU Dr DESMARET[1]

(Société d'Odontologie, 29 mai 1921.)

MM. V. E. Miégeville et Lericolais présentent le nouvel appareil à protoxyde d'azote des Drs Desmaret et Lericolais. Cet appareil, d'une simplicité remarquable, consiste en deux bouteilles l'une de protoxyde d'azote et l'autre d'oxygène adaptées à un simple ajutage-support muni d'un ballon de caoutchouc où les deux gaz viennent se mélanger.

Un tube identique à celui de nos vieux appareils à protoxyde de jadis amène le gaz à un masque clos (sans soupapes d'inspiration et d'expiration) qui peut être soit celui de l'inalhateur pour narcose au chlorure d'éthyle Miégeville, soit celui de l'appareil Camus, soit, mais plutôt pour la grande chirurgie, celui de Fessot. Un malade fut endormi facilement bien qu'avec l'agitation caractéristique des éthyliques et les extractions furent faites sans difficulté, grâce au bon sommeil.

Cet appareil sera d'ailleurs présenté à la séance de la Société d'Odontologie de juillet et tous les détails complémentaires seront donnés à son sujet.

ANESTHÉSIE TRONCULAIRE

Par le Dr Frey.

(Société d'Odontologie, 29 mai 1921.)

Le Dr Frey a pratiqué :

Quatre anesthésies tronculaires du nerf dentaire inférieur pour des molaires très infectées (5 cc. de la solution à 2 o/o novocaïne-adrénaline) ; l'une d'elles était en pleine poussée d'arthria aiguë ; une autre présentait des racines très enclavées, réclamant un gros effort d'extraction avec l'élévateur. Pas une des extractions ne fut douloureuse. Le Dr Frey a insisté sur la nécessité de rester *constamment en contact* avec le plan osseux de la branche montante (face interne), condition *sine qua non* du succès, ainsi que l'a fort bien démontré le Dr Bercher (du Val-de-Grâce).

---

1. Cette question a fait également l'objet, à la séance de juillet, d'une communication de M. V. E. Miégeville, que nous publierons ultérieurement.

REVUE DES REVUES

RAPPORTS DES FOYERS BUCCAUX CHRONIQUES AVEC L'ÉTAT CONSTITUTIONNEL.

Par Arthur D. BLACK, de Chicago.

L'idée du foyer d'infection est aussi ancienne que la pratique de la médecine. Un foyer local d'infection, suivant la description de Billings, est une zone limitée de tissu contenant des micro-organismes pathogènes. Bien entendu il peut se trouver presque partout dans le corps humain. L'infection ainsi limitée est ordinairement causée par un streptocoque, pneumocoque, diplocoque, méningocoque, gonocoque. Ce sont là les principaux organismes qu'on trouve dans ces foyers et il y a une grande variété du premier : par exemple dans l'abcès alvéolaire chronique nous trouvons le streptocoque viridans.

Avant l'apparition d'un foyer d'infection dans le corps, il y a d'ordinaire une lésion, quoiqu'il n'y ait pas nécessairement de rupture du tissu par laquelle les micro-organismes pénètrent. Il peut y avoir une rupture véritable dans le tissu ou celui-ci peut être irrité par la pression ou par une lésion légère d'une forme quelconque suffisante pour en réduire la résistance à l'infection. Comme conséquence le tissu irrité ou lésé est envahi par les micro-organismes. Les diverses situations habituelles de ces foyers primitifs doivent être bien précises dans l'esprit parce qu'il est hors de doute que actuellement on concentre trop d'attention sur les dents ou plutôt on ne se préoccupe pas assez des autres sièges d'élection comparativement aux foyers voisins des dents. D'une manière générale les foyers primitifs d'infection se trouvent vers les vestibules du corps, vers les ouvertures du corps, où la muqueuse rencontre la peau. Le plus grand nombre de ces foyers se trouvent dans la tête parce que c'est là que sont la plupart de ces vestibules.

En suivant l'ordre adopté par Billings, nous commencerons par la bouche et nous mentionnerons d'abord à cause de leur plus grande fréquence les deux groupes de foyers locaux chroniques que nous trouvons dans notre champ : l'abcès alvéolaire chronique et la péricémentite chronique, la poche purulente le long de la racine de la dent.

Nous signalerons ensuite l'amygdale à cause de la très grande fréquence des foyers locaux siégeant dans ses tissus, puis le nez,

le maxillaire et les sinus frontaux, le naso-pharynx, le mastoïde, la trompe d'Eustache, l'oreille, toutes parties fréquemment intéressées dans l'infection. Après, les conduits aériens, les bronches qui sont souvent le siège de la bronchite chronique, le tube digestif qui peut entraîner une affection chronique de l'appendice, les parois de l'estomac, la vésicule biliaire, parties qui peuvent jouer un rôle aussi sérieux que la tête dans la propagation de l'infection.

Le canal génito-urinaire est le siège fréquent de foyers chroniques.

La transmission par le foyer local peut s'opérer par deux routes : une manifestation secondaire par les vaisseaux lymphatiques ou presque partout dans le corps par le torrent circulatoire. Il se présente au médecin ou au dentiste trop de cas dans lesquels il est pris des radiographies des dents et si celles-ci montrent une infection des maxillaires, on en conclut immédiatement qu'on a trouvé la source de la lésion secondaire. Ni le médecin ni le dentiste ne vont plus loin pour découvrir d'autres foyers locaux ; peut-être n'examinent-ils que les dents et les amygdales, sans regarder ailleurs au cas où une infection serait constatée dans les unes ou les autres.

Dans le diagnostic de ces cas, toutes les régions que j'ai mentionnées doivent être soigneusement examinées ; je ne dis pas que nous devions le faire nous-mêmes, mais nous avons le devoir de demander au médecin si ces régions ou d'autres ont été examinées.

Dans toute cette série de foyers locaux, la poche purulente et l'abcès alvéolaire chronique présentent, pour la conservation de la chronicité, les conditions les plus anormales qui ne se rencontrent pas dans les autres foyers locaux. Les foyers buccaux sont plus chroniques que tous les autres, parce que dans tous les autres nous avons affaire à des tissus mous seuls ou des os, ayant les uns et les autres un afflux sanguin déterminé et le mécanisme nécessaire de réparation, de nettoyage d'une infection et de réfection du tissu détruit.

Avec les deux groupes buccaux le cément est le tissu le plus important, il diffère de tout autre intéressé dans un foyer local ; c'est un tissu dépourvu de circulation sanguine et de pouvoir réparateur ou de la force de rejeter une partie morte de soi-même ; par suite le cément mort devient un irritant permanent pour le tissu adjacent. C'est là un fait pathologique que la plupart des médecins ignorent et que nous n'avons pas compris aussi clairement que nous le devions.

Rappelons-nous que la statistique indique que 78 % des adultes

examinés avaient des foyers chroniques qui avaient détruit des parties des maxillaires, ce qui veut dire que 3 personnes sur 4 qui vont chez le médecin avec des troubles constitutionnels secondaires sont presque certaines d'avoir des foyers locaux dans la bouche.

Depuis que Billings a fait ses recherches de laboratoire il a toujours refusé de se charger des patients souffrant d'arthrite chronique, de rhumatisme chronique et des autres affections de même groupe, s'ils ne veulent pas rester à l'hôpital 10 à 15 jours pour qu'un groupe de spécialistes se livrent aux inspections nécessaires afin de découvrir les foyers chroniques dans le corps. On peut alors tout expliquer. Beaucoup trop de praticiens découvrent un abcès alvéolaire en extrayant la dent, puis attendent 2 ou 3 mois pour voir si le patient va mieux. Ensuite ils trouvent une amygdale infectée et peut-être plus tard une infection quelque part ailleurs et mettent un an ou deux pour porter un diagnostic complet. Peut-être est-ce ce dernier endroit qui a causé l'infection secondaire.

En présence du nombre considérable de foyers locaux constatés, surtout près des dents, il est manifeste que la grosse majorité de ces patients ne doivent pas avoir une affection secondaire, du moins pendant des années, parce que si vous rangez la plupart d'entre nous dans ce groupe, nous sommes probablement en bonne santé et cependant les 3/4 d'entre nous ont des foyers d'infection près des dents. Cela explique la résistance ou l'immunité à cet état de choses, par suite de la résistance de la paroi du tissu environnant ces foyers qui les empêche d'arriver aux vaisseaux sanguins ou lymphatiques, ainsi que par la production, dans notre corps, des anti-corps qui combattent l'infection. Il faut toujours tenir compte du facteur résistance ; de plus on peut, par des sérums, augmenter les anti-corps ou la valeur de ceux qui sont développés.

Billings dit que chez les gens vivant dans les grandes villes presque chacun porte en lui à un moment ou à un autre un foyer local de tuberculose. La grosse majorité des cas sont maîtrisés par l'action des tissus de l'individu, et en fait la plupart des sujets ne savent jamais qu'ils ont eu la tuberculose. Si les conditions de l'abcès alvéolaire chronique sont comparables à celles d'un foyer de tuberculose, un fort pourcentage de ces abcès guérirait ; mais il n'y a pas la même chance de guérir et de faire disparaître un abcès de ce genre qu'un foyer tuberculeux, du moins tant que la dent est en position.

Des gens vivent en bonne santé apparente et ont dans leurs corps un ou plusieurs foyers pendant des années sans effets fâ-

cheux ; mais certaines choses peuvent rendre possible la pénétration de ces foyers dans la circulation parce que la résistance de ces gens est amoindrie. Parmi ces choses très fréquentes sont l'inanition partielle, le froid, l'humidité, la débilité provenant du surmenage ou du manque de sommeil. Chacune d'elles amoindrit assez la résistance pour que l'individu ait une pneumonie ou un rhumatisme, ce qui signifie que le foyer local chez cet individu n'était pas nuisible tant que sa résistance n'était pas diminuée.

L'alcoolisme, par exemple, les maladies chroniques comme la tuberculose amoindrissent la résistance de l'individu.

Dans le diagnostic du foyer, Billings signale que des rhumatismes intéressant les tissus cardiaques, l'endocardite et la myocardite, proviennent sans doute d'un foyer local dans la tête. C'est principalement parce que ces infections se produisent d'ordinaire par un essor du streptocoque et que nous les trouvons d'ordinaire dans la tête. L'arthrite gonorrhéique serait une exception.

Il y a lieu de signaler deux faits mis en lumière par Rosenow :

1° La transmulation des organismes du groupe pneumocoque. Il a réussi maintes fois à transformer un streptocoque en pneumocoque et *vice versa* en suivant une méthode de culture et d'inoculation. Il est donc possible d'avoir un streptocoque d'un type dans un foyer original qui peut produire ailleurs dans le même corps peut-être un pneumocoque ou un streptocoque d'un type différent ;

2° L'affinité effective d'organismes pour certains tissus ou de certains streptocoques pour certains tissus. Rosenow prit les organismes qui avaient causé l'infection dans l'appendicite, la vésicule biliaire, l'ulcère de l'estomac ou l'arthrite, sur les tissus opérés et injecta ces organismes dans des animaux. Après une série d'expériences sur des centaines de chiens et de lapins, la statistique montra que, lorsque les organismes provenaient de la vésicule biliaire, une très forte proportion d'animaux injectés présentaient de l'infection de la vésicule biliaire et que, lorsque les organismes provenaient des articulations, un très fort pourcentage d'animaux présentaient de l'arthrite et des lésions cardiaques qu'on trouve si souvent chez l'homme reliées à l'arthritisme. Il en fut de même d'animaux injectés avec des organismes prélevés dans des appendices infectés ou des ulcères de l'estomac ; mais dans la majorité il y eut des lésions de ces tissus.

Il était manifeste que les organismes qui avaient causé l'infection dans le tissu humain particulier, une fois injectés dans des animaux, recherchaient le même tissu chez les animaux, de préférence à un autre.

Quant aux infections secondaires qui résultent de foyers primitifs, il importe de se rappeler qu'il y a deux groupes distincts de ceux-ci ; l'un d'infection secondaire aiguë, l'autre d'infections secondaires extrêmement chroniques. Dans le premier le rhumatisme aigu et la névrite aiguë sont les plus fréquents.

S'il y a infection aiguë le patient sait à quoi s'en tenir et il s'agit seulement que le traitement soit promptement appliqué. D'ordinaire celle-ci ne fait pas autant de mal que l'infection chronique. Dans l'abcès alvéolaire aigu l'infection passe du tissu pulpaire par le périoste, intéresse l'os et peut en amener la destruction sans léser gravement le périoste. Si l'abcès est ouvert, il peut y avoir guérison parfaite de tous les tissus autres que la pulpe. Mais dans l'infection chronique de la dent, la destruction graduelle du périoste et la perte des éléments spécialisés ne permettent pas la restauration.

Si les manifestations secondaires étaient toujours aiguës, on pourrait en toute sécurité laisser des foyers chroniques dans la bouche, parce que nous nous apercevrions du mal qu'ils pourraient faire, que nous pourrions extraire les dents et que la lésion pourrait guérir sans dommage sérieux. Malheureusement il n'en est pas souvent ainsi : les manifestations secondaires sont extrêmement chroniques, elles sont si insidieuses dans leur début et leur marche qu'elles ne sont constatées par le patient ou le médecin que quand elles sont bien établies.

Nous devons appeler là-dessus l'attention de nos patients qui souffrent de lésions secondaires et avulser les dents. Un médecin nous envoie un arthritique pour examiner sa bouche et nous découvrons une ou deux dents abcédées : nous disons au patient que nous les enlèverons parce qu'elles peuvent être la cause de l'arthrite. Nous devons dire à nos patients que l'infection dentaire peut être ou non en liaison avec l'arthrite et, même si elle a causé l'arthrite, l'état peut ne pas s'améliorer à la suite de l'extraction, parce que l'infection peut déjà y être établie. Néanmoins, il convient d'extraire la dent abcédée pour écarter une source d'infection constitutionnelle. Si nous n'appelons pas l'attention de nos patients sur ce point, nous serons souvent blâmés pour avoir extrait une dent dont on n'avait pas à se plaindre, sans que cette extraction profite.

Si de la pression se produit dans un foyer local, il est presque certain que le contenu de ce foyer sera introduit dans la circulation. L'abcès alvéolaire borgne est la lésion la plus dangereuse à laquelle nous ayons affaire ; l'abcés alvéolaire qui a un sinus par lequel le contenu de cet abcès peut s'écouler est moins

dangereux ; la poche purulente sur le côté de la racine de la dent présente le même danger.

Cependant le danger de la poche purulente doit varier avec sa profondeur, parce que plus elle est profonde, moins l'écoulement sera facile et, par suite, plus le tissu mou environnant sera envahi souvent.

L'activité ou la virulence de l'organisme particulier dans la production de la pression, la santé de l'individu représentée par la paroi de résistance qui entoure ce foyer particulier ont aussi une importance capitale. Pour une quantité de pression donnée dans ce foyer l'effet de celle-ci sera déterminé par la qualité de la paroi résistante. Ce sont là des éléments à prendre en considération.

Nous avons là deux groupes de foyers chroniques incurables en ce sens qu'il est possible de ramener ces tissus à l'état normal. Si la bouche présente un état différent, quant au siège et à la conservation de leur chronicité, de toute autre partie du corps et si cet état offre la relation qu'il semble avoir avec les infections secondaires et particulièrement celles du type chronique, notre devoir est parfaitement clair. Quoique la majorité des personnes qui ont ces abcès ne souffrent pas alors de manifestations secondaires, du moins aucun médecin ne pourrait trouver qu'elles existaient ; cela ne modifie pas notre devoir pour ce qui est de faire disparaître ces infections.

Nous devons traiter chaque cas d'infection buccale chronique comme une menace directe à la santé de l'individu, qu'il soit parfaitement bien portant ou non lors de notre examen. Nous ne pouvons pas faire notre devoir en éliminant les infections buccales uniquement dans les cas qui nous sont adressés par un médecin ou qui se présentent à nous avec des lésions secondaires connues. Il est plus important de nettoyer les bouches de ceux qui n'ont pas de ces lésions. Il y a là une occasion pour la médecine préventive de faire des merveilles parce que si des sujets sont atteints de ces effets secondaires, seulement comme conséquence de foyers locaux, nous empêcherons certainement la survenance de ces lésions en supprimant les foyers et nous devons le faire, quoique, en agissant ainsi, nous devions enlever sans aucun doute les dents abcédées de bien des gens qui durant des années, peut-être toute leur vie, n'auraient pas de manifestations secondaires.

Nous devons examiner la bouche de nos patients de façon à savoir quelle est l'infection d'un des deux types chroniques existante et débarrasser cette bouche de l'infection. Il faut prendre des séries de radiographies buccales.

Un problème plus difficile, c'est celui d'empêcher la génération à venir d'avoir une si forte proportion d'infections buccales. Il faut pour cela commencer par l'enfant dès l'âge de 3 ans en instruisant les parents de ce qu'ils ont à faire ; il faut enseigner l'hygiène dentaire dans les écoles publiques.

Le bureau du service social de Chicago propose d'établir dans les garderies d'enfants un service dentaire. La Chambre des députés de l'Illinois est saisie d'un projet de création d'hygiénistes dentaires que nous chargerions dans les garderies du soin de nettoyer la bouche des petits enfants au-dessous de 6 ans ; nous apprendrions ensuite graduellement aux enfants à se nettoyer la bouche et nous ferons une campagne analogue dans les milieux pauvres.

On se propose d'établir un service semblable dans nos écoles publiques, en le confiant à des femmes hygiénistes dentaires ; mais ce service ne serait gratuit que pour les familles hors d'état de payer un dentiste.

Une campagne d'éducation populaire sera également entreprise pour les enfants plus âgés et leurs parents, afin de les amener à prendre soin de leurs dents : c'est là le véritable moyen pratique de prévenir les abcès alvéolaires chroniques et la péricémentite, car on décidera ainsi davantage de personnes à venir chez le dentiste.

Ce système a donné de bons fruits où il a été employé.

Nous devons préconiser et pratiquer la prophylaxie et faire tout le possible pour empêcher les pulpes d'être atteintes et prévenir ou guérir l'inflammation des gencives.

(*Dental Summary*, octobre 1919.)

REVUE ANALYTIQUE

H. Rodier. — *Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur.*

L'auteur rapporte une série de quinze observations très intéressantes de dents de sagesse et autres grosses molaires inférieures dont les racines étaient les unes traversées (5 observations), les autres simplement sillonnées par le nerf dentaire inférieur (10 observations). L'avulsion de ces dents, plus ou moins difficile, avait été suivie d'insensibilité complète et immédiate avec durée plus ou moins longue, suivant les cas, de toute la région innervée par ce nerf jusqu'au trou mentonnier, d'hémorragie dans les cas où la dent était traversée par le paquet vasculaire. Lorsque le paquet vasculo-nerveux avait laissé un simple sillon comme trace de passage sur la dent, il n'y eut en général que des crises névralgiques de quelques jours.

L'auteur trouve toutes ces anomalies explicables par des phénomènes purement mécaniques : la dent de sagesse est retenue dans son follicule par la présence de la deuxième grosse molaire contre laquelle elle vient buter sans pouvoir se redresser.

Cette dent pousse de bas en haut et d'arrière en avant et ne se redresse que si elle vient buter obliquement sur la face distale de la deuxième molaire ; mais si cette direction oblique est exagérée, si la dent, presque horizontale, ne peut se redresser au point de contact, elle reste incluse. Continuant leur développement et ne parvenant pas à vaincre la résistance de la deuxième molaire, les dépôts de calcification vont gagner la profondeur en allant vers le nerf dentaire inférieur situé immédiatement au-dessous du bulbe de la dent de sagesse.

Il en résulte que cette formation calcaire peut le contourner et le rejoindre pour former canal ou simplement former gouttière pour son passage. La situation de ces sillons, vestibulaire, lingual ou même à l'extrémité des racines, dépend de l'orientation initiale du follicule qui naît et se développe soit en dehors, soit en dedans, soit exactement au-dessus du nerf dentaire inférieur.

L'auteur ajoute que toutes les observations qu'il rapporte, présentent des caractères communs qui semblent devoir être signalés.

Au point de vue physiologique, toutes ces dents ont évolué en situation anormale.

Au point de vue anatomique, elles présentent toutes au niveau de leurs racines soit un sillon, soit un tunnel complet ; de plus toutes ou à peu près toutes ont des racines qui ne sont pas recourbées, mais droites.

Au point de vue pathologique, elles ont toutes déterminé des accidents de péricoronarite plus ou moins graves.

Au point de vue clinique, ces dents étaient en général orientées horizontalement et plus ou moins profondément situées dans le maxil-

laire où elles sont restées très longtemps emprisonnées dans leur cavité péricoronaire.

Quant au pronostic, en dehors des petits accidents immédiats consécutifs à l'intervention, en général difficile, souvent pénible, l'avulsion de ces dents a toujours été suivie de guérison sans complications sérieuses, malgré le voisinage du canal mandibulaire.

Pour conclure, l'auteur pense qu'avant toute intervention sur une dent supposée anormale, une radiographie de la région s'impose, et que, d'autre part, il faut toujours prévenir le patient des anomalies qui peuvent exister et des accidents consécutifs.

(*Revue de Stomatologie*, nᵒˢ 1 et 2, 1920.)

HUTINEL ET STEVENIN. — ***Syphilis héréditaire et dystrophies.***

Après avoir exposé les perturbations nutritives causées par la syphilis héréditaire sur les organes et les dystrophies observées dans les diverses régions du corps, les auteurs examinent les dystrophies dentaires.

Ils rappellent qu'Hutchinson a appelé l'attention sur trois ordres de signes, la triade, que l'on rencontre fréquemment, associés ou isolés dans la syphilis héréditaire :

1° Des inflammations oculaires;

2° Des troubles de l'ouïe ;

3° Des malformations dentaires.

Les dystrophies dentaires sont extrêmement fréquentes et plusieurs ont été regardées comme caractéristiques chez les hérédo-syphilitiques. Elles s'observent sur la première comme sur la seconde dentition ; mais les dystrophies de la dentition permanente sont de beaucoup les plus intéressantes.

Elles sont en général multiples et symétriques, affectent des dents homologues. Toutes ont pour origine un trouble de nutrition qui a surpris la dent au cours de son évolution ou de sa calcification, lui imprimant une marque indélébile qui fait de cette altération une sorte de stigmate révélateur.

Les dents peuvent être modifiées dans leur volume : microdentisme et gigantisme dentaire.

Le microdentisme est assez fréquent, il s'observe surtout sur les incisives et chez le même sujet sur un nombre restreint de dents. Le gigantisme est plus rare et se rencontre plus souvent chez les idiots dégénérés que chez les hérédo-syphilitiques.

Les dystrophies les plus intéressantes sont les érosions dentaires, vice de conformation ayant pour cause une calcification atténuée; suivant leur localisation, elles sont coronaires ou cuspidiennes.

Les dystrophies coronaires se présentent sous forme de cupules, légèrement teintées, punctiformes ou en godets, uniques ou multiples ; de sillons ou de rayures transversales, plus ou moins profondes et quelquefois superposées ; de nappes irrégulières, raboteuses, semées de dépressions jaunâtres ou noirâtres.

Les dystrophies cuspidiennes ont des formes variables suivant l'organe affecté. La surface triturante est irrégulière, granuleuse, anfractueuse, colorée ; c'est une partie mal constituée qui disparaît assez rapidement en laissant une surface polie, jaunâtre avec un bourrelet périphérique d'émail blanc (Dents d'Hutchinson, dents en tournevis).

En plus de ces dystrophies, il existe des anomalies de forme, de composition, d'implantation.

Quelle est la valeur de tous ces stigmates ?

Il ne faut pas être trop absolu, c'est une règle sage en matière médicale.

(*Archives de médecine des enfants*, janvier et février 1920.)

Gires. — *Note sur les amalgames, résultat de vingt ans de pratique.*

L'auteur pense que l'on fait un trop grand abus des couronnes d'or et que l'on doit s'efforcer de restaurer les dents par d'autres procédés tant qu'il est possible de le faire : par l'amalgame par exemple.

Les amalgames, dit-on, ne sont pas parfaits ; on leur reproche de changer de couleur, de colorer la dent, de modifier leur forme. Les uns prétendent qu'ils se rétractent puisqu'ils quittent les bords de la cavité auxquels ils adhéraient parfaitement au début ; d'autres affirment que les amalgames augmentent de volume en faisant remarquer que l'obturation après quelques années forme saillie au dehors de la cavité.

En réalité, dit M. Gires, les amalgames ne se rétractent pas, pas plus qu'ils n'augmentent de volume ; ils tendent à prendre la forme globulaire. C'est pour cela qu'une obturation qui a pu être à peu près cubique, lorsqu'elle a été insérée dans une cavité bien préparée, peut au bout de quelque temps faire une saillie arrondie en dehors de la cavité et en même temps s'être éloignée des parois. Mais il faut bien savoir que ces accidents n'arrivent que pour les amalgames mal faits, mal préparés, mal condensés. Ils sont toujours dus à des fautes de l'opérateur.

Pour qu'un amalgame ne change pas de forme ni de couleur, il faut qu'au moment de sa préparation, il soit vigoureusement trituré et que dans sa composition il n'entre que le minimum de mercure compatible avec l'amalgamation.

1° *Préparation de l'amalgame.* — Le récipient à mercure doit posséder une ouverture minuscule. Verser le mercure sur l'alliage en tenant le récipient horizontalement et en lui imprimant de petites secousses de façon à ce que le mercure parvienne en fines gouttelettes sur l'alliage. L'alliage doit être alors fortement et minutieusement trituré. Lorsque la trituration est finie, l'amalgame doit avoir l'aspect pulvérulent, au point que les débutants croient toujours n'avoir pas mis assez de mercure. Placez-le alors dans une peau de chamois ou une compresse ; faites un tas de cet amalgame poussiéreux et prenez-le. L'auteur prétend que l'amalgame ne sera pas parfait si la pression la

plus énergique fait sourdre à travers la peau de chamois plus de deux ou trois gouttelettes de mercure.

Le bloc que l'on obtient par ces manipulations est ainsi très compact et très dur ; lorsqu'on le laisse tomber sur la tablette il doit produire un son sec et ne pas s'étaler.

2° *Insertion de l'amalgame dans la cavité.* — Un amalgame ainsi préparé ne se manipule pas facilement ; il est donc nécessaire que la cavité soit bien préparée ; s'il manque plus d'une paroi employer la matrice. Cet amalgame doit être foulé énergiquement avec un large fouloir strié. Il est recommandable pour condenser encore davantag l'amalgame de le marteler au maillet automatique en interposant une légère couche de coton entre le fouloir à l'amalgame. Si après cela la partie superficielle de l'obturation est molle, c'est qu'il y a encore trop de mercure et pour la rendre plus compacte on y incorpore quelques parcelles d'alliage que l'on brunit à la surface.

(*Revue de Stomatologie*, n° 4, 1920)

Lafite-Dupont. — ***Résection du maxillaire supérieur chez une fillette de 13 ans pour épithélioma ; récidive ; radio-radiumthérapie ; guérison remontant à 6 ans.***

L'auteur rapporte l'observation d'un épithélioma tubulé des fosses nasales ayant récidivé deux fois après opération endo-nasale et une troisième fois après résection du maxillaire supérieur sauf l'apophyse palatine et ablation des ganglions jugulaires et sous-maxillaires. Ce sont là fort heureusement des cas très rares. Au cours de la dernière intervention, on pratiqua la résection de l'éthmoïde, ainsi que de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Depuis il a été fait trois séances de radium en 1913 et 1918, et neuf séances de radiothérapie. Il n'y a pas de récidive et l'on peut considérer aujourd'hui la malade comme guérie.

(Congrès français d'Oto-rhino-laryng., 11 mai 1920. *Revue de Laryngologie*, 30 juin 1920.)

André. — ***Note sur les vapeurs toxiques qui prennent naissance dans l'atmosphère des salles d'opération.***

Les vapeurs d'éther et de chloroforme dégagées pendant les anesthésies entrent en réaction avec l'oxygène de l'air du fait de la température élevée qui règne dans les salles. Le chloroforme en particulier peut donner de l'acide chlorhydrique et de l'oxychlorure de carbone, gaz très toxique, qui a été utilisé, pendant la guerre, comme gaz de combat. L'existence, dans les salles d'opérations, de brûleurs à gaz, facilite encore les réactions. Dans l'intérêt de tous, opérés et opérateurs, il y a donc lieu d'éviter de répandre des vapeurs d'éther et de chloroforme et de s'abstenir d'allumer les brûleurs à gaz pendant les opérations.

(*Evolution Méd. chir.*, n° 2, 1920.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Enlèvement du plâtre des dentiers de vulcanite. — Le mécanicien remarque parfois, en retirant une pièce du moufle après vulcanisation, que le moulage ou modèle de plâtre a formé une couche dure et fortement adhérente de cristaux à la surface de la vulcanite. Prévenir vaut certes mieux que guérir et l'on ne doit pas être assez négligent pour laisser le moufle dans l'eau pendant plusieurs heures après la vulcanisation. Lorsqu'on peut attendre l'action graduelle d'un dissolvant lent, le procédé suivant donne de très bons résultats : Plonger, après l'avoir bien lavée, la pièce dans une solution forte ou saturée d'hyposulfite de soude et l'y laisser une nuit tout entière. En la retirant de la solution on constate dans bien des cas que l'incrustation est complètement dissoute. Si quelques cristaux restent sur la pièce, ils n'adhèrent plus fortement et s'en vont aisément sous le brossage, en laissant la surface de vulcanite bien propre.

(*Dental Digest*, octobre 1920.)

Conservation des dents extraites. — 1° Nettoyer les dents complètement ;

2° Les blanchir au pyrozone (3 o/o) dans un bol de verre couvert, en les laissant exposées au soleil jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment blanches ;

3° Après les avoir enlevées du bol, sécher et placer dans une solution de 1 partie de formaldéhyde et 2 parties d'alcool de grain. Les exposer dans la solution au soleil pendant plusieurs jours ;

4° Enlever les dents, les sécher complètement et les plonger dans une solution de xylol sursaturée avec de la paraffine à haute fusion (pas moins de 82° c.). Le xylol est très volatil et fait explosion quand il vient en contact avec une flamme, chauffer dans l'eau chaude et ajouter la paraffine par petits morceaux. Laisser les dents dans la paraffine à l'état liquide pendant plusieurs heures ; les enlever et les essuyer avec un drap sec. Si les dents ont besoin d'un poli, se servir de tripoli fin sur un disque de drap mu à grande vitesse par le tour d'atelier. Avoir soin toutefois de ne pas surchauffer une dent pendant qu'on la polit. (*Dental Digest*, nov. 1919.)

Emploi du beurre de cacao. — Employer le beurre de cacao pour protéger contre la déshydratation des obturations ou restaurations synthétiques quand on fait par la suite une intervention dans le voisinage.

En particulier cette protection contre la dessiccation est nécessaire si la région est placée sous la digue. On ne doit jamais laisser dessécher des ciments au silicate. Une surface desséchée a pour cons\u00e9quence un manque bien net de translucidité et une teinte plus claire.

(*Dental Digest*, nov. 1919.)

Formulaire pratique.

Alliages plastiques (genre métal Darcet et métal Melotte).

N° 1	Bismuth	4	parties
	Plomb	2	—
	Etain	1	—
N° 2	Bismuth	3	parties
	Plomb	3	—
	Etain	3	—
N° 3	Bismuth	4	parties
	Plomb	2	—
	Etain	2	—
N° 4	Bismuth	5	parties
	Plomb	2	—
	Etain	3	—
N° 5	Bismuth	2	parties
	Plomb	2	—
	Etain	2	—
N° 6	Bismuth	5,5	parties
	Plomb	3	—
	Etain	1,5	—
N° 7. (Alliage d'Homberg)	Bismuth	3	parties
	Plomb	3	—
	Etain	3	—
N° 8. (Alliage de Valentin Rose)	Bismuth	4 à 6	parties
	Plomb	2	—
	Etain	2 à 3	parties

Cet alliage fond entre 100 et 130 degrés.

N° 9. (Alliage de Rose père)	Bismuth	2	parties
	Plomb	2	—
	Etain	2	—

Cet alliage est fusible à 93 degrés.

N° 10. (Régule Martial)	Antimoine	7	parties
	Fer	1	—

(*Procédés modernes, Bourdaïs.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 1er février 1921.

PRÉSIDENCE DE M. PAILLIOTTIN, vice-président.

La séance est ouverte à 9 h. du soir.

Le Président fait part des excuses de M. G. Villain, président, et de M. le Dr Frey.

Il ajoute : La discussion qui va s'ouvrir le mois prochain sera excessivement importante, car elle permettra de classer un peu les idées des professionnels français au sujet de cette question des infections péri-apicales, autour de laquelle les Américains mènent si grand bruit.

Cette discussion sera — dans l'idée de notre président — le prélude d'un rapport qui sera présenté au Congrès de Rouen de 1921 et dans lequel seront exposées vos vues.

Les deux journaux qui vous sont annoncés vont paraître prochainement pour vous permettre de vous faire une idée des théories américaines, de les examiner, de les discuter et d'exposer les idées des praticiens français à ce sujet.

I. — DENTS DU DAUPHIN ET DE LA TAUPE, PAR M. LE PROFESSEUR RETTERER.

M. Retterer donne lecture de sa communication (V. *Odontologie* du 30 juin 1921).

DISCUSSION.

M. le Président. — Les communications de M. le prof. Retterer sont toujours extrêmement intéressantes ; elles renversent beaucoup d'idées et de théories sur lesquelles nous avions vécu jusqu'ici et il serait souhaitable qu'un généreux Mécène mît à la disposition de M. le prof. Retterer les fonds nécessaires pour lui permettre de continuer ses recherches et de donner à la science française la gloire d'avoir pu élucider des questions aussi intéressantes.

J'adresse, au nom de la Société d'Odontologie, mes vives félicitations à M. le prof. Retterer en espérant qu'il nous continuera longtemps encore sa collaboration si éclairée et si scientifique.

II. — Les abcès pyorrhéiques a cul-de-sac serpigineux (abcès péricémentaires sur dents vivantes), par M. Roy.

M. Roy donne lecture de cette communication (V. p. 581).

Discussion.

M. le Président. — Je remercie M. Roy de son intéressante communication, en disant toutefois qu'il a été trop modeste en s'excusant de prendre la parole si souvent à la Société d'Odontologie. Toutes les fois que nous avons le plaisir de l'entendre, il nous instruit. Son sens clinique excessivement affiné lui permet de venir nous apporter des observations qui passeraient souvent inaperçues pour d'autres confrères moins expérimentés que lui. C'est sans doute pour cela que les communications ne sont pas plus nombreuses : tout le monde n'a pas sa science, son autorité et il nous ouvre une voie dans laquelle nous craignons peut-être de nous engager.

Nous venons de voir en effet, d'après les explications que M. Roy vient de nous donner, qu'il a renversé la théorie d'auteurs américains qui jouissaient d'une considération mondiale. Nous voyons qu'un auteur de grande notoriété a péché par manque de clinique, par manque d'observation, et nous sommes excusables de ne pas vouloir nous aventurer et apporter à nos confrères des observations qui ne seraient peut être pas plus fondées que celles qu'a présentées cet auteur. Au sujet du port d'appareils comme cause de formation de ces abcès, je crois que nous avons à tirer une leçon dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire. Auparavant, on faisait beaucoup d'appareils à plaques qui emboîtaient complètement les dents ; je crois que nous devrons abandonner ces appareils et revenir au système des attelles et des bridges.

Je remercie encore une fois M. Roy et tiens à lui dire qu'au contraire nous serons très heureux qu'il vienne le plus souvent possible nous apporter des observations aussi intéressantes et fructueuses pour nous.

M. H. Villain. — Avez-vous pensé à la suite du traitement ? Par exemple, nous avons fait un appareil, vous avez observé un abcès dû au port de cet appareil ; la malade va continuer à porter celui-ci. Avez-vous songé à la façon dont nous pourrions le changer pour éviter le retour de ces accidents ?

De même dans la surocclusion : on peut surélever, modifier l'occlusion du malade. Avez-vous songé à ce que nous pourrions faire dans ce cas-là pour soulager le malade, afin que cela ne revienne pas ?

Evidemment on ne peut pas envisager cela pour tous les malades.

M. Roy. — La question posée par M. H. Villain est tout à fait intéressante et j'y réponds avec le plus grand plaisir sans vous dissimuler que cette question est assez délicate à trancher.

Prenons la surocclusion par exemple, ce n'est pas très commode de modifier la surocclusion d'un malade ; chez un enfant vous pouvez le faire ; j'ai fait des appareils pour surélever l'occlusion chez des enfants en leur faisant porter longtemps ces appareils. J'ai fait porter des appareils pendant 2 ans notamment à une petite jeune fille et j'avais obtenu une assez bonne élongation de ses molaires. Alors que précédemment ses incisives inférieures étaient complètement recouvertes par ses dents supérieures, on voyait après traitement à peu près 2 millimètres au-dessus du collet de ces mêmes dents. J'ai donc cru pouvoir faire cesser le port de l'appareil. Je dois vous dire qu'au bout de quelque temps j'avais perdu au moins les 3/4 du résultat obtenu ; c'est donc une chose assez difficile que la surocclusion, j'en appelle justement à Henri Villain qui est particulièrement compétent en matière d'orthodontie. Nous avons un confrère qui, dans une dernière séance, nous racontait ses malheurs au sujet de la surocclusion ; on lui a surélevé l'articulation, mais ses dents se sont enfoncées et il a retrouvé sa surocclusion.

Néanmoins en présence d'un cas de pyorrhée semblable avec surocclusion, il faut d'abord modifier à l'aide de la meule la longueur de la dent qui vient frapper sur la gencive, c'est la première chose à faire. Alors, évidemment on évite le traumatisme, mais malheureusement suivant la formule des anciens, on pourrait dire que la nature a horreur du vide car la dent s'allonge et une récidive peut se produire.

Aussi ce qu'il faut faire en outre de la suppression du traumatisme, c'est de supprimer complètement le cul-de-sac ; c'est un des points auxquels je m'attache particulièrement dans le traitement de la pyorrhée.

En ce qui concerne la malade dont l'abcès a été provoqué par un appareil, les conditions sont les mêmes, j'ai supprimé d'abord le cul-de-sac ; tant qu'il y aura un cul-de-sac, l'appareil venant s'appuyer sur son orifice risquera de provoquer les mêmes accidents. Mais, outre le traitement des dents qui est en cours, il faudra que je fasse à cette dame un appareil et il importe que celui-ci ne s'enfonce pas. Pour cela, puisqu'il ne reste plus que les incisives centrales et l'incisive latérale et la canine gauche, je vais placer deux pivots à gaine, un dans l'incisive centrale droite, et un

dans la canine, cela assurera le maintien de l'appareil et l'empêchera de s'enfoncer.

Je crois que c'est la solution rationnelle à apporter dans ce cas-là avec une surveillance régulière car les récidives sont possibles.

III. — Incidents de la pratique journalière.

Le Président. — Je vais maintenant vous demander une consultation.

J'ai vu ces temps derniers dans ma clientèle une dame qui, paraît-il, est hémophilique ; elle ne veut pas qu'on lui fasse l'extraction d'aucune dent. Elle ne voulait pas retourner chez un dentiste, depuis longtemps redoutant cette éventualité et c'est ce qui explique l'état dans lequel je l'ai trouvée. Il ne lui manque aucune dent à la mâchoire supérieure ; mais il lui manque en bas trois dents de chaque côté ; il reste la dent de sagesse et une première prémolaire. Il y a un affaissement tel de son articulation que les quatre incisives supérieures sont projetées en avant dans une position presque horizontale. Elle est venue me demander de lui corriger cela. Voici la solution à laquelle je me suis arrêté :

J'ai rehaussé son articulation et fait un bridge de chaque côté à la mâchoire inférieure Je suis en train de lui redresser ses dents supérieures avec un appareil à plaque en caoutchouc avec de petites languettes qui s'engagent entre les molaires. Je ramène ses dents à l'aide d'élastiques que je maintiens avec de petits appareils en métal. Cela va très bien, je ramène progressivement les dents à leur place normale. Mais, c'est là le point important, croyez-vous que j'obtiendrai un résultat durable lorsque je vais avoir replacé les dents ? Mon idée est de lui faire une attelle qui tiendra les quatre dents ensemble ; je la prolongerai sur les canines qui ne sont pas déchaussées. Au point de vue esthétique, j'arriverai, j'en suis certain, car j'ai la place, mais cela va-t-il durer ? La dame a 65 ans.

M. Roy. — Le cas que signale M. Pailliottin est très intéressant car l'âge de la malade n'est pas toujours ce que l'on pense au point de vue de ses dents. On voit des malades âgés avec des dents extrêmement solides. J'ai une octogénaire dans ma clientèle à laquelle j'ai fait des bridges et pas des bridges de pyorrhée, des bridges ordinaires parce qu'elle a des dents très solides. Je lui ai fait des couronnes Richmond isolées et cette dame a actuellement 81 ans. Il ne faut donc pas toujours se baser sur la question d'âge ; elle est intéressante sans doute, mais ce qui est intéressant aussi c'est l'état des autres dents.

Le Président. — Elles sont solides ; il ne manque rien en haut. En bas il manque la molaire de 12 ans, celle de 6 ans et la 2e prémolaire. Il manque donc 3 dents de chaque côté remplacées par des bridges. Il n'y a pas de pyorrhée. Les incisives inférieures sont très solides.

M. Roy. — Eh bien je dirai à M. Pailliottin qu'il peut obtenir un résultat excellent, du moment que les faits sont tels qu'il vient de les indiquer. Il faut redresser les dents et cela est relativement facile ; mais ce qui l'est moins, c'est le maintien ; pour ce dernier point, ce n'est pas une attelle qu'il faut employer, c'est un bridge comprenant les six dents antérieures, au moins, avec un inlay pivot dans chacune de ces dents, il faut prendre au moins les canines si elles sont solides et dans le cas contraire les prémolaires, et vous obtiendrez un résultat durable. J'ai traité un certain nombre de cas semblables ; je pourrais vous montrer dans ma clientèle des cas tout à fait remarquables de dents extrêmement chancelantes que j'ai pu conserver ainsi.

Je dépulpe les dents, puis les prépare pour y placer six pivots parallèles, c'est quelquefois un peu difficile si les dents ne sont pas absolument régulières, mais on y arrive. Puis je fais une rainure transversale sur la face linguale des dents, rainure dans laquelle viendra se loger une barre de platine qui réunira les pivots. Pour établir le parallélisme, j'y arrive très bien sans instrument compliqué ; j'ai calibré à l'avance des fils de maillechort assez longs pour dépasser largement les dents. En regardant le patient de face et de profil on arrive très bien à mettre parallèles les six pivots nécessaires.

Je prends l'empreinte et je soude mes pivots sur le modèle pour éviter les déplacements.

Dernièrement, j'ai employé un autre procédé ; craignant d'avoir des déplacements en retirant du modèle les pivots collés à la cire, j'ai laissé dépasser les pivots et, avec du mélange réfractaire à revêtement, j'ai pris les six pivots et la barre transversale préalablement fixés ensemble à la cire collante sur le modèle, je les ai retirés et me suis assuré ainsi du parallélisme avant soudure. J'ai soudé à l'envers puis dans l'autre sens.

Quand les pivots sont soudés, j'essaie la chose en place ; j'ai mes six pivots parallèles. Il y a de petites retouches à faire, des parties de soudure qui gênent quelquefois, de légers coups de meule à donner, et je m'assure que tout fonctionne bien. Ensuite je fais un inlay sur l'ensemble ; pour cela, ayant séché les pivots et la barre transversale, je mets un peu de cire collante pour que la cire à inlays tienne bien. J'enveloppe toute la barre de cire à inlays ; la cire étant molle je mets mon appareil en place. Je

l'enfonce bien, je tasse, je modèle la cire puis, avec un instrument, quelquefois avec des fils de soie que j'ai passés à l'avance dans les espaces interdentaires, je retire ensemble les six pivots et la cire et je coule le tout par le procédé ordinaire.

On obtient ainsi un résultat absolument parfait ; j'ai des malades dans ces conditions-là avec des incisives qui étaient absolument branlantes, qui n'ont pas bronché depuis dix ans Je crois que dans le cas de Pailliottin, c'est tout à fait ce qu'il convient de faire et il obtiendra un résultat durable. Peut-être dans ce cas particulier ferait-il bien d'adjoindre une couronne sur une prémolaire de chaque côté ; ce serait une sécurité de plus étant donné le très grand déplacement qu'il doit corriger.

M. H. Villain. — Nous avons eu à traiter un certain nombre de cas semblables. Pour redresser les dents, au lieu d'employer un appareil, ce qui est quelquefois difficile, pour des jeunes femmes qui chantent ou sortent beaucoup, nous avons réduit ces dents-là avec des fils de soie ; on peut le faire très aisément sans gêner en quoi que ce soit les malades. Quant au traitement, ce n'est pas une attelle, c'est un bridge à pyorrhée qu'il faut faire. Nous le faisons différemment et plus rapidement que celui de M. Roy.

Il faut que les dents soient garanties aux angles à 45° absolument comme vous garantissez une dent de porcelaine ; nous faisons un inlay pivot sur chaque dent, en ayant soin de laisser un pivot droit ; nous ajustons bien notre cire ; nous ne nous occupons pas du parallélisme ; nous les plaçons en bouche. Vous aurez de la difficulté à poser le premier jour à la gutta molle, mais le bridge s'enfoncera le deuxième.

Quand vous avez affaire à des canines extrêmement solides vous pouvez les prendre. Mais qui est-ce qui a déterminé la pyorrhée ? Ce sont les dents du bas qui ont chassé les dents du haut. Or, si vous prenez les canines, elles risquent d'être prises à leur tour car dans vos mouvements l'effort est d'arrière en avant. Pour éviter cet effort-là, au lieu de prendre les canines si elles étaient absolument saines, nous avons été chercher une couronne plus loin, car il n'est pas forcé que ce soit la première ou deuxième prémolaire. Il est bien rare qu'on n'ait pas une dent qu'on puisse couronner chez une femme de cet âge-là. Lorsque nos malades mastiquent, lorsqu'ils font pression par ces dents-là, le bridge a beaucoup moins de tendance à revenir en avant et se déplacer.

M. P. Housset. — Dans son exposé des inlays à pivots comme moyen de solidarisation des dents mobiles, M. Roy n'a pas développé la question du parallélisme.

M. Henri Villain nous a dit que le manque de parallélisme n'importait pas. Je ne suis pas de cet avis.

Nous devons mutiler le moins possible l'organe que nous traitons, chercher à garder des parois dentinaires épaisses et de résistance égale, en contact intime avec le dispositif employé.

Dans les incisives inférieures, par exemple, les racines sont très étroites dans le sens mésio-distal. En cas de pyorrhée, elles sont nettement déviées, notamment les latérales. Le parallélisme n'existe pas. Il est un procédé, d'ailleurs connu, mais peu répandu, qui permet de placer des pivots d'une longueur proportionnée à celle de la racine, sans mutilation asymétrique des parois du canal. Ces pivots sont indépendants des blocs, auxquels ils ne sont réunis qu'au moment du scellement dans la cavité et dans le canal Cette méthode nécessite simplement un inlay plus profond, formant un prolongement dans la chambre pulpaire. Quand le bloc de cire est préparé, le pivot, préalablement vaseliné, est retiré séparément. Il est plus facile encore de prendre la cire avec une mine de graphite exactement calibrée, à la place du pivot. Il est évident que le pivot doit avoir une large surface de contact serré avec l'inlay.

M. Roy. — Le procédé qu'indique M. Housset est en effet intéressant et d'ailleurs connu ; mais je crois que dans le cas de M. Pailliottin comme dans celui dont je parlais, quand trois ou quatre dents sont atteintes de pyorrhée avancée, il faut s'assurer, si l'on veut un succès durable, d'un point d'appui très solide ; j'ai recours au procédé qu'indique Housset, dans certains cas où je n'ai pas un gros effort à maintenir.

M. P. Housset. — Il est indispensable que le bloc se prolonge dans la chambre pulpaire, arrivant même au-dessous du niveau de la gencive et formant une véritable gaine métallique au pivot. Ceci est obtenu au moyen d'une fraise cylindrique de diamètre supérieur à celui du pivot. La cire doit pénétrer autour du graphite dans ce prolongement, on obtient ainsi un contact cylindrique haut de 4^{mm} au minimum. Avec de bons résultats, depuis d'assez longues années j'ai employé ce procédé comme pilier, à l'une des extrémités d'un bridge. Dans ce cas le bloc doit être à recouvrement complet de la surface d'occlusion. Je ne suis plus très partisan des blocs à pivots comme pilier de bridge, mais dans les cas d'attelle pour dents mobiles je trouve que cette méthode donne autant de résistance que le bloc coulé sur le pivot ou soudé à celui-ci. Le pivot peut être très long. Il n'y a pas de changement de sa structure par fusion d'un autre métal et le non-parallélisme n'est plus un inconvénient, mais augmente la rétention.

M. Geoffroy. — Je veux signaler un cas de fixation des dents au moyen d'épingles en platine iridié, pouvant servir d'attelles. J'ai rencontré ce cas dans la bouche d'une jeune patiente, traitée précédemment pour orthodontie, par un confrère anglais.

Ces épingles, ayant la forme d'un quadrilatère dont un des grands côtés a été enlevé, scellées au ciment dans des cavités forées à dessein près du tubercule lingual, ont pu maintenir les dents ayant subi le redressement, et qui sans ces attelles, revenaient à leur place primitive.

Dans le cas de M. Pailliottin, il y aurait avantage à ne pas dévitaliser ces dents, et possibilité de les maintenir par ce procédé.

M. Roy. — Je ne vois pas d'inconvénient à dépulper les dents dans ce cas, au contraire il y aurait avantage.

M. H. Villain. — A 60 ans, il ne faudrait pas dévitaliser. Mais à 25 ans, en dehors des avantages que vous aurez à dévitaliser parce que la malade fait de la pyorrhée, il y a la décoloration de la dent ; pour une jeune femme de 25 ans c'est ennuyeux ; là il faut éviter la dévitalisation. Dans des cas de pyorrhée, je ne crois pas que ce serait ce petit fil qui ferait quelque chose ; mais on peut faire des petits pivots du côté de la pulpe avec une face d'or renforcée de soudure ; cela se pratique très souvent et donne de bons résultats sans dévitaliser. Nous avons eu des chanteuses de 25 à 30 ans qui ne voulaient absolument pas qu'on dévitalisât leurs dents.

Le Président. — Il me reste à vous remercier des conseils que vous venez de me donner.

M. Roy. — Je voudrais que beaucoup de nos confrères imitent l'exemple de notre Président et ne craignent pas de venir demander des consultations, car, en le faisant, certains d'entre nous pourraient peut-être leur rendre service et cela rendrait également service aussi aux consultants en les forçant à travailler sur un sujet donné. Cela les oblige à soumettre leurs procédés au crible de la discussion, ce qui est extrêmement utile et très profitable.

Je vous engage donc, dans nos prochaines séances, à ne pas craindre d'imiter notre Président, que je remercie, pour ma part, de sa bonne idée.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

Section d'Odontologie (14e section).

I. — *Compte rendu général.*

Le 45e Congrès annuel de l'A. F. A. S. s'est tenu avec un plein succès du 1er au 8 août, conformément au programme que nous avons publié.

Il comprenait trois parties : des communications écrites ou verbales, l'après-midi ; des démonstrations pratiques, le matin ; une exposition permanente de matériel et de fournitures dentaires. Les unes et les autres avaient lieu au lycée Corneille, rue du Maulévrier, un des plus vastes de France, où les 20 sections de l'Association étaient parfaitement à leur aise et qui convenait admirablement pour ces assises scientifiques.

C'est la Section d'Odontologie qui comptait le plus grand nombre d'adhérents. Aussi l'assistance était-elle fort nombreuse et elle a suivi assidûment les séances. Heureusement que les locaux mis à sa disposition par l'A. F. A. S. étaient vastes.

L'Association dentaire britannique avait envoyé une délégation composée du président, M. Stuart Carter, de M. Clifford Wing, président de la Branche Ouest de l'Association, et de M. T. Coysh, membre du Conseil d'administration, accompagnés de M. Neal.

Le Gouvernement canadien avait délégué M. Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de Montréal, accompagné de M. Lemieux.

Nos confrères belges étaient représentés par MM. Quintin, président de la F. D. N. belge, Demoulin, Joachim, Rosenthal fils et Dr Polus ; nos confrères luxembourgeois par M. Wirion ; l'*American Dental Club of Paris*, par M. Valadier.

L'organisation et la préparation du Congrès avaient été l'objet d'un soin particulier et une propagande habile, doublée d'une publicité étendue, les avait facilitées. Le comité local, composé de dentistes rouennais, s'était employé à assurer dans leurs moindres détails la bonne marche du Congrès, le logement et le confort des congressistes, ainsi que les réceptions diverses qui ont

agrémenté la session et il y a merveilleusement réussi. On ne saurait adresser trop d'éloges et de remerciements à ce Comité, notamment à son aimable et empressé secrétaire, M. L. Ferry, qui a employé toute sa bonne volonté et son activité au succès de la section. Il était secondé par un groupe de dames qui avait assumé la tâche de recevoir et d'accompagner les femmes, filles et parentes des congressistes.

***

Le Congrès a commencé — pour la 14e section du moins — par une réception à l'Hôtel de France, rue des Carmes, organisée par le Comité local, le dimanche soir 31 juillet, à 9 heures, en l'honneur des membres de la Section.

M. Bertaux, président de ce Comité, souhaite la bienvenue aux congressistes, déjà au nombre d'une cinquantaine. M. G. Villain, président du Congrès, remercie les congressistes venus à Rouen et retrace l'historique de la sous-section d'Odontologie, fondée en 1900 dans l'A. F. A. S. et devenue Section. M. Godon, organisateur de cette sous-section, il y a 21 ans, incite à continuer l'œuvre commencée. M. Stuart Carter, président de la *British Dental Association*, remercie de l'honneur qui a été fait à cette Association en l'invitant à envoyer des délégués, il estime que ces invitations réciproques sont de nature à resserrer les liens professionnels. M. Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de Montréal, dit qu'il est heureux de représenter le Canada resté si fidèle à la France. M. Lemieux, son collègue, député de la Province de Québec, rappelle son origine rouennaise. M. Quintin, président de la F. D. N. belge, dit que l'amitié belge est inséparable de l'amitié française; enfin M. Roy insiste sur l'utilité pour les dentistes de suivre les Congrès.

Des coupes de champagne sont vidées au cours de cette réception intime, pleine de cordialité, qui prend fin à 11 heures.

***

Le lundi matin 1er août, séance solennelle d'inauguration du Congrès à 11 heures au théâtre des Arts, par le président de l'A. F. A. S., M. Rateau, ingénieur en chef des mines, membre de l'Institut, entouré du Maire de Rouen, du Préfet du département, des autorités civiles et militaires, de savants étrangers, de toutes les sommités scientifiques régionales et locales, du conseil de l'A. F. A. S., du comité local, de M. Nordenskiold, l'explorateur suédois.

Le maire de Rouen souhaite la bienvenue aux congressistes. M. Emile Blondel, président du comité local d'organisation, remercie notamment les hautes personnalités venues au Congrès.

M. Rateau évoque le souvenir des grands hommes qui ont vu

le jour à Rouen et traite la question des *applications de l'électricité* à l'industrie.

Le secrétaire général de l'Association, M. le Dr Rivet, donne lecture de son rapport, puis la session est déclarée ouverte et la séance est levée à midi 3/4.

***

La première séance de la Section d'Odontologie s'ouvre à 2 h. 1/2 sous la présidence de M. G. Villain. Il est procédé aussitôt à l'élection de deux vice-présidents : MM. Rodolphe et Thuillier, d'un secrétaire-trésorier : M. Ferry, et d'un secrétaire-adjoint : M. Wallis-Davy, puis le président prononce une courte allocution, qu'il termine en proposant la nomination d'une Commission exécutive qui ferait la liaison entre le Congrès actuel et celui de 1922. La proposition est adoptée, et MM. Godon, Pont, Roy, G. Villain et H. Villain sont nommés membres de cette Commission.

Puis la lecture des communications, groupées sous les rubriques des branches dont se compose la science odontologique commence, et la discussion, au lieu de porter isolément sur chacune d'elles, n'est ouverte que quand la rubrique est épuisée. De cette façon, on évite des redites et une perte de temps.

A la fin de la séance, levée à 6 h. 1/2, il est décidé, sur la proposition de M. G. Villain, de mettre la question de la brosse à dents à l'ordre du jour du Congrès de 1922, à Montpellier.

Immédiatement après, ouverture de l'Exposition de matériel et de fournitures dentaires à laquelle prennent part M. Collignon, le Comptoir français de fournitures dentaires (ancienne Société lorraine), MM. Rhein et Cie, la Compagnie française de produits oxygénés, la Société anonyme Dentoria, la Société de Trey, les établissements E. Mollier et Cie.

Cette exposition est installée dans une grande salle attenant à la salle de réunion des congressistes et que ceux-ci sont obligés de traverser à l'entrée et à la sortie : c'est assez dire que le local était parfaitement choisi.

***

Le lundi soir, réception des congressistes à l'Hôtel de Ville par le maire et le Conseil municipal de Rouen. Des toasts sont portés par le maire et le préfet du département, auxquels répond le président de l'Association. La musique municipale prêtait son concours.

***

Mardi matin, 2 août, démonstrations pratiques suivies de discussions.

L'après-midi, continuation des communications écrites ou orales, discutées comme cela avait été institué de la veille.

A la suite de la discussion de la communication de M. Godon sur l'hygiène dentaire publique et sur la proposition du président, une Commission composée de MM. Godon, Roy, Seimbille et Spira est chargée de préparer sur la création de dispensaires dentaires dans les villes un travail pour le prochain Congrès.

A l'issue de la séance, un bateau à vapeur transporta les congressistes à La Bouille, où un excellent dîner les attendait sous une vérandah, leur permettant de jouir du paysage des rives de la Seine, illuminé par un superbe coucher de soleil à colorations changeantes. A onze heures, un bateau affrété spécialement pour la circonstance, ramenait les convives à Rouen.

Fête champêtre délicieuse, marquée par une grande gaîté et remarquablement préparée par le Comité local, qui en a supporté les frais. Cette charmante réunion, qui laissera à chacun un souvenir de ravissement impérissable, peut être caractérisée d'un mot : elle était vraiment féerique.



Mercredi matin, 3 août, suite des démonstrations pratiques et des démonstrations avec discussions.

L'après-midi, suite des communications, accompagnées de discussions. Election du président de la session de 1922, qui, comme nous l'avons dit, se tiendra à Montpellier, à Pâques. Sur la proposition de M. G. Villain, M. Rodolphe, président de l'Association de l'Ecole odontotechnique, est élu à l'unanimité ; il remercie l'assemblée et l'assure qu'il fera de son mieux.

Le soir, banquet de la Section à l'Hôtel de France, organisé par le Comité local ; repas succulent et parfaitement servi. Au champagne, le président du Comité local, M. Bertaux, remercie les congressistes, particulièrement les étrangers, d'être venus. M. Field Robinson, avec son habituelle humour, porte un toast aux dames. M. Stuart Carter, au nom de l'Association dentaire britannique, remercie de l'accueil réservé à la délégation anglaise.

M. Quintin, président de la F. D. N. belge, remercie de même et, pour matérialiser les sentiments de la profession belge, remet, au nom de celle-ci, en témoignage de son affection, une médaille à MM. Godon et Roy. Une médaille semblable est destinée à M. P. Martinier, que son absence, due à une cure au Mont-Dore, a empêché de venir recevoir lui-même. La remise de ces médailles provoque une ovation.

M. Rodolphe, président de la session de 1922, exalte les avantages des congrès au point de vue de la confraternité et des

progrès de l'odontologie. M. G. Villain adresse de chaleureux remercîments au Comité local pour la collaboration intense qu'il lui a apportée, souhaite bon succès au Congrès de Montpellier et invite chacun à travailler pour le développement de l'odontologie.

M. Roy clôt la série des toasts en se réjouissant de la présence de nombreux confrères qui seront autant de propagandistes pour les Congrès de l'avenir.

Il remercie, au nom de MM. Godon, Martinier et au sien, la F. D. N. belge du souvenir qui vient de leur être offert et qui les a profondément touchés.

Les convives se séparent à minuit.



Le jeudi 4, excursion générale du Congrès, conformément au programme que nous avons publié.

Le vendredi matin 5, après la séance de démonstrations pratiques, le programme se trouvant épuisé, le Président renouvelle au Comité local les remercîments pleinement mérités qu'il lui a déjà adressés pour la magnifique réception qu'il a préparée avec tant de soin aux congressistes et déclare la séance levée et le Congrès clos, pour la Section d'Odontologie, bien que l'assemblée générale de clôture ne dût avoir lieu que le lendemain.

Les dimanche 7 et lundi 8 août, excursion finale et dislocation d'après le programme publié.



Nos lecteurs verront, par le compte rendu complet que nous commencerons dans notre prochain numéro, le travail qui a été fait pendant ces cinq journées. Puisse cette lecture faire regretter leur absence à ceux qui n'ont pas assisté à ce Congrès et les engager à se rendre au prochain, qui se tiendra dans une région méridionale de la France.

Pour nous, qui avons assisté à cette belle réunion, nous nous réjouissons de ce que nous y avons vu, entendu et appris, et par la voie de ce journal nous tenons à exprimer à ceux qui l'ont préparée, organisée et dirigée le témoignage de notre admiration et de notre gratitude.

SYNDICAT DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

Deuxième Congrès professionnel.

Ce congrès aura lieu à Liége les 1er et 2 octobre 1921, avec le programme suivant :

Vendredi 30 septembre, à 8 h. 1/2, salle Mauresque du Continental, place du Maréchal-Foch : Réception intime avec audition musicale.

Samedi 1er octobre, de 8 à 12 heures et de 14 à 17 heures : Séances plénières du congrès. — A 17 h. 1/2 : Réception à l'Hôtel de Ville. — A 20 heures : Représentation artistique et théâtrale.

Dimanche 2 octobre, de 8 h. 1/2 à 10 h. 1/2 : Séance plénière. — A 11 heures : Conférence publique d'hygiène dentaire. — L'après-midi : Visite de la ville et excursion. — A 20 heures : Banquet (par souscription) au « Continental ».

Lundi 3 octobre, Excursion en auto-cars : Visite de Loncin, Visé, la région industrielle.

Les séances plénières comprendront : *a*) Questions à l'ordre du jour : 1° La coopération ; 2° L'entente intersyndicale ; 3° L'éducation du public et de la profession.

b) Des communications diverses.

MM. Blatter et V. E. Miégeville ont été désignés pour représenter à ce Congrès le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE

L'association organise pour les 12, 13 et 14 novembre prochain des fêtes et réunions afin de commémorer le 25e anniversaire de sa fondation.

Les membres de la Société d'Odontologie de Paris sont cordialement invités à ce jubilé. Ceux qui seraient désireux de faire à cette occasion une communication ou une démonstration sont priés d'en aviser dès à présent le secrétaire, M. L. Demoulin, 15, avenue Fonsny, Bruxelles.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

NOMINATION DE DENTISTES MILITAIRES

Par décret en date du 28 juillet 1921, rendu par le Président de la République, sur le rapport du ministre de la Marine, ministre de la Guerre par intérim, ont été nommés, dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de dentiste de 2e classe.

Les dentistes auxiliaires :
M. Cottarel Nizier-Hyacinthe-Joseph.
M. Lalement Georges-Augustin-Marie.
M. Milcent Louis-Eugène.
M. Davigneau Pierre.
M. Girode François-Elie-Germain.
M. Bruschera Joseph-Jean-Louis.
M. Saint-Sernin Charles-Raphaël-Aristide.

(*Journal Officiel du* 29 *août* 1921).

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

INSCRIPTIONS EN VUE DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Par décision du 20 juillet 1921, le ministre de l'Instruction publique a approuvé la délibération du Conseil de l'Université de Paris du 4 juillet, modifiant, en ce qui concerne les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste, le règlement du 1er décembre 1897, relatif à la prise des inscriptions.

Les dates d'ouverture et de clôture du registre sont, en conséquence, fixées ainsi qu'il suit :

1e, 5e et 9e	inscriptions,	du 1er au 15 octobre.
2e, 6e et 10e	—	du 15 au 30 décembre.
3e, 7e et 11e	—	du 1er au 15 mars.
4e, 8e et 12e	—	du 1er au 15 juin.

Ajoutons que cette décision a été prise à la suite d'une demande de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ESPRIT DE SOLIDARITÉ DANS LA PROFESSION

Organiser une œuvre de secours et sans cesse solliciter les confrères au moment même où la lutte pour l'existence est plus difficile que jamais n'est pas toujours une tâche facile. Quelquefois ceux-là même qui l'ont entreprise se demandent s'ils atteindront le but qu'ils se sont fixé.

Fort heureusement ces périodes de découragement sont rares pour les membres du Comité de *L'Aide Confraternelle*, car l'empressement apporté par de nombreux confrères à répondre à leur appel est pour eux un précieux réconfortant.

Nous tenons à faire connaître à la profession tout entière certains exemples de générosité qui prouvent combien tous les praticiens de l'art dentaire sont unis dans un bel élan de solidarité ; il semble que ce sont les membres d'une même famille qui viennent au secours des parents affligés.

Voici divers fragments de lettres reçues ces derniers jours : d'abord de M. Van Hasselt, Président de la Fédération dentaire néerlandaise [1], qui nous a fait parvenir une traite de *deux mille six cent vingt-cinq francs.*

Admirez cette autre d'un confrère de province dont nous respectons la modestie.

« J'ai moi-même trois enfants et je considère que je donne 25 francs de chacun d'eux ; vous serez bien aimable de m'inscrire pour une somme annuelle de 75 francs. »

Nous sommes heureux d'adresser à ces donateurs nos plus sincères remerciements ; grâce à eux, à tous ceux qui les ont précédés et à ceux qui suivront leur exemple, les orphelins de la profession seront élevés dignement.

Si de nombreux praticiens n'ont pas encore souscrit, nous sommes convaincus que c'est par ignorance de notre existence. Nous les prions très vivement de consentir, pour nos chers petits, au léger sacrifice du prix de leur quotidien, soit 0 fr. 15 par jour pendant quelques années.

Ecrivez à M. Fontanel, trésorier, 1, rue Vercingétorix, que vous souscrivez 50 francs par an, pendant 5 ou 10 ans.

LE COMITÉ DE L'AIDE CONFRATERNELLE.

---

1. Nous avons reproduit dans notre numéro de juin, p. 403, le passage en question.

SERVICE DENTAIRE DANS LA MARINE DE GUERRE BRITANNIQUE

RÉGLEMENTATION DE L'ADMISSION DANS CE SERVICE.

Une règlementation nouvelle pour l'admission dans le service dentaire de la Marine royale britannique a été édictée le 31 mars dernier. Nous reproduisons ci-après les dispositions essentielles du Règlement.

Conditions d'admission.

1° Le candidat ne doit pas avoir moins de 21 ans et plus de 28 au jour où commence l'examen d'admission. Il doit produire son extrait de naissance ;

2° Il doit signer une déclaration mentionnant son âge, la date et le lieu de sa naissance, qu'il est d'origine européenne pure et fils de sujets britanniques, qu'il n'est atteint d'aucune maladie constitutionnelle ou mentale, d'aucune infirmité ou affection qui puisse entraver son service sous un climat quelconque, qu'il est prêt à s'engager pour le service général à l'intérieur ou au dehors, qu'il n'appartient à aucun service public, qu'il est régulièrement diplômé et enregistré conformément à la loi sur la dentisterie, en indiquant la date de son immatriculation comme étudiant en dentisterie, s'il a été examiné préalablement pour entrer dans le service ;

3° La déclaration doit être accompagnée de son certificat d'enregistrement ;

4° Le doyen de l'École dentaire d'où sort le candidat fournira au Directeur général médical un rapport confidentiel sur son caractère, sa conduite, son habileté professionnelle et son aptitude au service dentaire naval ;

5° Le candidat sera alors interrogé par ce Directeur général et, après avoir passé une visite médicale satisfaisante devant une Commission de médecins de la Marine, il sera autorisé ou non à concourir par ledit Directeur ;

6° Dans le premier cas il pourra se présenter à l'examen d'entrée, qui a lieu deux fois par an ;

7° Le droit d'examen est de 1 livre sterling ;

8° Les candidats pourvus des certificats délivrés par le corps d'instruction des officiers reçoivent des points supplémentaires dans cet examen d'entrée ;

9° Des dispositions spéciales permettent l'admission des candidats provenant d'écoles dentaires du Canada ou des colonies ;

10° Un candidat ne peut pas se présenter plus de 2 fois à l'examen d'entrée.

RÈGLEMENT RELATIF AUX LIEUTENANTS DENTISTES.

11° Le candidat qui a subi avec succès l'examen d'entrée est nommé

lieutenant dentiste stagiaire de la Marine royale et est tenu de suivre alors certains cours fixés par l'Amirauté (V. *examen*, n° 16).

A la fin de ces cours il passe un examen et s'il réussit il est nommé lieutenant dentiste ; la nomination a son effet à dater du jour de l'épreuve d'entrée. Le stagiaire qui n'obtient pas au moins 50 o/o des points sur chacune des matières à la fin des cours peut se présenter à la session suivante et, s'il réussit, il est placé à la fin de la liste. S'il échoue, il n'est pas nommé et doit se retirer. Dans l'intervalle des deux sessions il ne touche pas de solde et cette période ne compte pas dans le temps de service.

12° Une médaille d'or est accordée comme prix à la suite de ces examens. Le nom du lauréat sera alors, dans l'Annuaire de la Marine, suivi d'un signe distinctif s'il a obtenu au moins les 3/4 du maximum total des points dans les examens de Londres et de Haslar réunis.

14° Les stagiaires suivant les cours peuvent faire acquisition de certaines parties des uniformes ; une fois titularisés ils doivent se pourvoir des tenues réglementaires.

Examen d'entrée et cours d'études.

15° Les candidats subissent devant le jury un examen sur les matières suivantes : chirurgie dentaire y compris la pathologie dentaire et thérapeutique, hygiène et prothèse buccales. L'examen est mi-écrit, mi-oral ; il se subit à Londres et dure 4 jours. Les points attribués sont au nombre de 1600, savoir : dentisterie opératoire, 400 ; prothèse (épreuve pratique), 400 ; épreuve écrite, 400 ; épreuve orale, 400.

50 o/o des points sont indispensables dans chaque épreuve.

16° Le cours d'études pour les stagiaires dure un mois et a lieu à l'hôpital de la Marine royale à Haslar. Un officier dentiste ancien est désigné comme professeur. A la fin de ce cours est subi l'examen du parag. 11.

17° Un cours de post-gradués d'une durée de 3 mois est permis aux lieutenants dentistes-chefs comptant plus de 2 ans de grade. A cet effet l'officier entre à l'école navale royale à Greenwich.

Ce cours, qui n'est pas obligatoire, a pour but de fournir aux officiers anciens l'occasion de rafraîchir leurs connaissances en dentisterie et de les familiariser avec les progrès scientifiques modernes.

Il ne comprend pas de programme déterminé par des examens, mais donne lieu à un rapport adressé au Directeur général médical par l'assistant dentiste adjoint au Directeur général.

18° Une petite bibliothèque dentaire, ne coûtant pas plus de 6 £, est fournie à chaque navire ou établissement auquel est affecté un officier dentiste.

19° Hiérarchie et correspondance de grade.

Chirurgiens-dentistes de la Marine royale.

Dentiste-chef. — Lieutenant-dentiste chef. — Lieutenant dentiste.

Branche militaire de la Marine royale.

Lieutenant-chef. — Lieutenant.

Grade correspondant dans l'armée de terre.

Lieutenant-colonel. — Major. — Capitaine.

20° Solde et allocations :

	Annuellement		
Lieutenant-dentiste : à la nomination. . . .	401 £	10 sh.	0 d.
Après 3 ans de service	492 £	15 sh.	0 d
Lieutenant-dentiste chef : à la promotion.	593 £	2 sh.	6 d.
Après 3 ans de grade	629 £	12 sh.	6 d.
— 6 —	666 £	2 sh.	6 d.
— 9 —	730 £	0 sh.	0 d.
Dentiste-chef : à la promotion	775 £	12 sh.	6 d.
Après 3 ans de grade.	839 £	10 sh.	0 d.
— 6 —	912 £	10 sh.	0 d.

Une allocation de cherté de vie de 20 0/0 sur la solde, la demi-solde et la pension de retraite, allocation susceptible d'être modifiée le 1er juillet 1924 ou plus tard et tous les 3 ans par la suite, en plus ou en moins, est accordée suivant le coût de la vie.

Les officiers dentistes reçoivent la solde entière à dater de leur nomination.

21° Les officiers dentistes ont droit aux mêmes indemnités que les officiers médecins du même rang dans les mêmes conditions, sauf aux *indemnités de drapeau et de spécialistes.*

A défaut d'installation pour le service, de logement et de mess, l'indemnité pour un lieutenant ou un lieutenant-chef est de 80 £ par an et 5 sh. par jour pour la nourriture et de 80 £ par an et 8 sh. par jour pour le logement.

22° L'assistant dentiste du Directeur général reçoit la solde de son grade, plus l'indemnité de logement, de nourriture et l'indemnité spéciale.

23° Demi-solde :

a) Officiers attendant un emploi.

Les six premiers mois, solde entière sans indemnités.

Les six mois suivants : lieutenant-dentiste. . .	17 sh. 0 d.	par jour
— — — — chef.	22 sh. 6 d.	—
— — dentiste chef	27 sh. 6 d.	—

Par la suite, respectivement, en tenant compte des années de service, de 8 sh. 6 d. par jour à 24 sh.

b) Officiers auxquels l'amirauté permet de refuser un emploi, ou de faire annuler leur nomination, ou sans emploi sur leur demande ou en raison de leur mauvaise conduite.

La moitié de la solde entière. Dans les deux premiers cas l'officier est mis à la demi-solde et n'a pas droit à la solde de l'officier sans emploi.

24° Le service pour la pension de retraite est compté ainsi :

Service avec solde entière : la totalité.

Service avec demi-solde ou solde d'officier sans emploi : un tiers.

A) Retraite obligatoire pour les dentistes chefs à 50 ans, maximum de la pension : 600 £ ; pour les lieutenants-dentistes chefs et les lieutenants-dentistes à 45 ans, maximum 450 £.

En tenant compte de ce maximum le taux des pensions de retraite

pour les 3 grades d'officiers dentistes est échelonné, suivant l'âge (50 à 40 ans) et le temps de service (22 à 17 ans) entre 675 £ et 300 £.

a) Les officiers âgés de 40 ans peuvent quitter le service avec la demi-solde de leur grade, si cela est plus avantageux pour eux.

b) Le dentiste chef âgé de moins de 40 ans, s'il est devenu invalide, avec la demi-solde de son grade.

B) La retraite volontaire est permise dans des cas spéciaux (au nombre de 5) soit avec pension, soit avec demi-solde, soit avec allocations.

25° Les allocations suivantes peuvent être accordées en cas de retraite.

Dentiste chef :	après	4	ans de service avec	solde entière. .	500 £.
—	—	8	—	—	1000 £.
—	—	12	—	—	1500 £.
—	—	16	—	—	2250 £.

28° Tous les officiers retraités sont susceptibles, jusqu'à l'âge de 55 ans, d'être rappelés en cas de guerre ou de besoin pour servir dans un grade qui ne soit pas inférieur à celui qu'ils avaient lors de leur retraite.

Dans ce cas ils reçoivent 25 o/o de plus par £ de la solde entière de leur grade, à l'exclusion de toutes indemnités. Le temps passé ainsi au service ne compte pas pour l'augmentation de leur pension.

Les officiers ainsi rappelés peuvent être promus sans qu'il soit tenu compte des règles normales d'avancement.

Ces officiers rappelés et employés en cas de guerre ou de besoin reçoivent une indemnité d'équipement de 18 £ pour les dentistes chefs, de 15 £ pour les lieutenants-dentistes chefs et les lieutenants-dentistes.

29° Une pension est servie à la veuve et des allocations sont accordées aux enfants conformément au chap. 54 du Règlement royal et des Instructions de l'Amirauté. Quand un officier est mis à la retraite avec indemnité ou a quitté le service avec indemnité, sa veuve et ses enfants n'ont aucun droit à pension ou allocation.

Les officiers rappelés qui sont mutilés ou qui perdent la vie par des causes attribuables au service jouissent des mêmes avantages que les officiers de l'active quant à l'indemnité pour eux-mêmes, la pension pour leur veuve ou les allocations pour leurs enfants.

30° Est promu au grade de lieutenant-dentiste chef le lieutenant-dentiste comptant 6 ans de service, sur approbation de l'Amirauté et sur proposition du directeur général médical.

La promotion au grade de dentiste-chef a lieu au choix uniquement.

31° Indépendamment des décorations et récompenses qui peuvent être conférées aux officiers dentistes dans les mêmes conditions qu'aux autres officiers de marine, une médaille d'or peut être accordée aux lieutenants dentistes stagiaires (V. article 12).

32° et 33° Des permissions de détente et des congés de convalescence sont accordés conformément au Règlement royal et aux Instructions de l'Amirauté.

34° Les officiers-dentistes choisissent leur cabine suivant leur grade et leur ancienneté de service.

(*The British Dental Journal*, 15 avril 1921).

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

EXERCICE ILLÉGAL

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Gard ci-après nous communique le jugement avec prière de l'insérer.

La seconde chambre du tribunal de première instance de Nîmes jugeant correctionnellement, a rendu le jugement suivant contre L., mécanicien pour dentiste, demeurant à Nîmes.

Attendu qu'il résulte de l'information et des débats que le prévenu, associé avant la guerre avec X..., chirurgien-dentiste, a postérieurement au décès de ce dernier continué à tenir le cabinet dentaire que celui-ci avait ouvert, que notamment dans le courant de l'année 1919-1920, il a reçu à diverses reprises Mme R... pour lui continuer les soins que X... avait commencé à lui donner, qu'il lui a extrait une dent à une première visite, lui a pris une empreinte à une seconde et lui a, aux cours des visites suivantes, essayé plusieurs fois l'appareil dentaire qu'il avait fabriqué, que l'appareil étant défectueux il a pris une nouvelle empreinte et confectionné un nouveau dentier.

Que ces diverses opérations n'ont pas pu se faire sans être accompagnées de pièces de prothèse dentaire, rentrant dans l'exercice de sa profession de mécanicien, mais que laissant même de côté l'extraction d'une dent, fait qu'il conteste, il s'est livré de son propre couvert à toute une série d'opérations, examen de la bouche, prise d'empreintes, pose d'appareil, qui appartiennent exclusivement à l'art dentaire, c'est-à-dire aux spécialistes munis d'un diplôme médical exigé par la loi, et ne sauraient être laissée à un simple mécanicien sans instruction professionnelle.

Attendu que le prévenu soutiendrait vainement que le cas de Mme R... a été isolé et d'ailleurs justifié par des circonstances particulières, qu'il faut remarquer tout d'abord que le traitement subi par ladite dame a duré plusieurs mois, que les visites ont été nombreuses et que cela serait suffisant pour constituer l'habitude ou la direction suivie dont parle la loi.

Qu'au surplus Mme R... a rencontré dans l'antichambre de L... une autre patiente attendant son tour et que celle-ci lui a déclaré qu'il arrangeait pour elle un appareil confectionné par un autre dentiste. Qu'elle a vu également un patient sortant de chez L..., que celui-ci a avoué lui-même qu'il n'avait pas de diplôme, mais que cela ne l'empêchait pas d'être très au courant (*sic*).

Attendu qu'au cours d'une perquisition on a constaté dans le cabinet du preneur la présence d'instruments dont se servent habituellement les chirurgiens-dentistes.

Attendu que le tribunal trouve dans les pièces de la procédure des

éléments d'appréciation suffisants pour évaluer le préjudice à la fois moral et matériel, pour fixer le chiffre des dommages dus à la partie civile.

En conséquence le tribunal condamne le sieur L... à cinquante francs d'amende. Le condamne en outre à payer au syndicat des chirurgiens-dentistes du Gard la somme de 100 francs à titre de dommages-intérêts.

Condamne L... en outre aux dépens liquidés à 32 fr. 40 non compris les droits de poste et ceux de la partie civile qui restent également à sa charge.

Pour copie conforme :

Signé : Martin.

NÉCROLOGIE

Ch. Contenau.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Charles Contenau, de la maison Contenau, Godart et Collignon (Collignon, successeur), survenue le 4 septembre 1921, à l'âge de 72 ans.

Il avait été un des membres fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris et était venu se joindre spontanément à la petite phalange qui avait entrepris cette création.

Accueillant et bienveillant pour les jeunes praticiens et toujours soucieux du progrès professionnel, tous ceux qui l'ont connu ont apprécié sa grande affabilité.

Il est décédé dans sa propriété de Lignières (Aube), de sorte que, prévenus trop tard, ses amis n'ont pu lui rendre les derniers devoirs.

Nous adressons à sa veuve, ainsi qu'à toute sa famille, nos très sincères condoléances et l'assurance de notre sympathie.

G. V.

Docteur C. Van der Hoeven.

Nous apprenons la mort du docteur C. Van der Hoeven, survenue le 10 juin dernier, à l'âge de 58 ans. Il jouissait d'une grande réputation en Hollande, avait été président de la Société odontologique néerlandaise et était un membre actif de la F. D. I.

Lors du quarantenaire de l'Ecole dentaire de Paris il avait été délégué par cette société, mais son état de santé ne lui avait pas permis de se rendre à Paris et il avait été remplacé par M. de Boer.

Il est l'auteur de nombreuses publications. La profession dentaire perd en lui un de ses distingués représentants.

Nous adressons à nos confrères hollandais et à la famille du défunt nos sincères condoléances.

***

M. le docteur Raymond Lemière, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre son père, ingénieur civil des mines, décédé le 23 août, dans sa 75e année.

***

Notre confrère M. Julien Marie, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme, survenue le 14 août, à l'âge de 58 ans.



Notre confrère M. Duvignau (de Château-Thierry), membre de l'A. G. S. D. F., vient également d'être cruellement éprouvé par la perte de sa mère, décédée subitement le 18 août 1921, dans sa 66e année. De nombreuses générations d'élèves ont connu Mme Duvignau, qui fut pendant de longues années employée à l'Ecole dentaire de Paris et qui a laissé chez tous le meilleur souvenir.



Nous apprenons le décès à l'âge de 61 ans, de M. Constant Chesney, chirurgien-dentiste à Paris, survenu le 28 août 1921.



Nous apprenons aussi la mort du docteur Mascarène de Rayssac, décédé le 27 août 1921, dans sa 74e année à Saint-Mandé.

Nous exprimons aux confrères frappés et aux familles atteintes nos condoléances et l'assurance de notre sympathie.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre confrère M. le Dr Lefai, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, au grade de chevalier de la Légion d'honneur, au titre militaire comme médecin aide-major de 1re classe, gouvernement militaire de Paris, avec cette citation :

D'un dévouement à toute épreuve. A fait montre au cours de violents bombardements, d'un beau sang-froid et d'un grand mépris du danger, en s'imposant à la troupe par son attitude. 3 citations.

Distinctions honorifiques. — M. V. Guerini, de Naples, a été nommé officier de l'ordre des Saints-Maurice et Lazare.

M. le docteur Aguilar, de Madrid, Secrétaire général de la F. D. I., a été nommé par le Gouvernement portugais commandeur de l'Ordre de Saint-Jacques et de l'Epée.

Cet ordre fut créé en 1862 par Louis Ier pour récompenser le mérite dans les sciences, les arts et la littérature.

M. Wesley Barritt, chirurgien-dentiste de l'hôpital français de Londres et membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être nommé officier de l'Instruction publique.

Nous adressons nos félicitations à ces confrères.

Les étudiants en odontologie en Allemagne. — Tandis que le nombre des étudiants en odontologie était de 1500 en 1910, il s'est élevé à 5498 en 1920.

Nouveaux journaux. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Rivista di odonto-stomatologia ed odontotecnica* (Revue d'odonto-stomatologie et d'odontotechnique), organe de la fédération des dentistes d'Italie et du groupement odonto-stomatologiste du Sud, dirigé par MM. Amédée Perna et Gustave Eller Vainicher, avec M. Vincent Guerini comme directeur honoraire.

Nous avons reçu également le premier numéro du *Bulletin trimestriel de* la section dentaire de l'Association générale des étudiants de Nancy.

Nous souhaitons bonne chance à ces nouveaux confrères.

Livre reçu. — Nous avons reçu de notre confrère M. Juan Ubaldo Carrea, de Buenos-Ayres, une brochure en espagnol (8 pages avec 4 gravures) intitulée *Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire supérieur par le conduit palatin postérieur*, nouveau procédé de l'auteur.

Mariages. — Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Albert Nahr de Metz, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Margot Flammang, célébré le 30 juillet.

Notre confrère M. Maurice Létang, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, a épousé le 26 juillet dernier, Mlle Anne Marie Sabatier.

Nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Congrès au Mexique. — Le deuxième congrès odontologique mexicain a eu lieu à Mexico du 26 au 30 septembre courant.

M. Godon en a été nommé membre honoraire.

Association de chirurgiens-dentistes mexicains. — Il vient de se constituer sous ce nom une société dentaire avec le triple caractère scientifique, professionnel et mutualiste.

Diverses commissions ont été nommées pour commencer les travaux du nouveau groupement.

Le bureau provisoire est composé de MM. R. Cordova, président ; J. Cordero, secrétaire, et E. Paz, trésorier.

Titre honorifique. — M. Godon a été nommé également membre d'honneur de la Société dentaire néerlandaise dont le siège est à Utrecht.

Congrès des sociétés savantes. — Le 55e Congrès des sociétés savantes, dont nous avons parlé dans notre numéro du 30 juin, se tiendra à Marseille non du 18 au 22 mars, mais du 18 au 22 avril 1922. Il s'ouvrira le mardi 18 à 2 h. Cette séance, ainsi que les journées des mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21, seront consacrées aux travaux du Congrès. Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts présidera la séance de clôture le samedi 22 à 2 heures.

Rappelons que la Société d'Odontologie y a adhéré et y participera.

F. D. I. — Une réunion préparatoire de la F. D. I., convoquée, sur l'initiative des confrères hollandais, par le Président, le docteur Truman Brophy et le secrétaire général, M. le Dr Aguilar, a eu lieu à La Haye (Hollande), les 23 et 24 septembre 1921.

Nous en rendrons compte dans notre prochain numéro ; mais nous devons dire dès à présent qu'elle s'est prononcée pour la reprise du fonctionnement de la F. D. I.

Doctorat en odontologie. — Nous apprenons la création d'un *doctorat en odontologie* dans la République Argentine.

Ecole dentaire de Santiago du Chili. — Nous sommes informés que l'Ecole dentaire de Santiago du Chili, dirigée par M. J. Valenzuela, vient d'être incorporée dans la Faculté de médecine.

Concours à l'Ecole odontotechnique. — Des concours sont annoncés à l'Ecole odontotechnique pour :

2 postes de chef de clinique de chirurgie dentaire.
4 — — de dentisterie opératoire.
2 — — d'inlays et aurifications.
3 — — de prothèse clinique.
1 poste — — — (bridges et couronnes).
1 — — d'orthodontie.
1 — professeur suppléant de clinique.
2 postes — — de dentisterie opératoire (aurifications et inlays).
1 poste — — de dentisterie opératoire proprement dite.
1 — — bridges et couronnes.
1 — — de prothèse clinique.

La première épreuve aura lieu le 14 octobre, à 8 heures du matin.

Historique des dentistes militaires. — Notre confrère le *Velours grenat* a publié dans ses numéros de juillet et d'août 1921 un historique très complet de la création des dentistes militaires.

Il y a lieu de l'en remercier.

Congrès de la F. D. N. espagnole. — Le Congrès de la Fédération dentaire espagnole, qui devait avoir lieu en septembre 1921 a été reporté à 1922. Il se tiendra à Madrid, en avril.

Avis. — L'administration de l'Ecole dentaire de Paris serait reconnaissante aux dentistes de vouloir bien lui envoyer *pour les besoins de l'enseignement* les dents naturelles saines dont ils disposent.

DERNIÈRE HEURE

Le Congrès de Liége dont nous parlons plus haut a obtenu un grand succès. Il a réuni une centaine de membres et fait honneur à nos confrères belges et en particulier aux organisateurs.

Nous en rendrons compte dans un prochain numéro, mais nous tenons dès à présent à les remercier du cordial accueil fait aux délégués du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

41e ANNÉE. N° 10 30 OCTOBRE 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ACCIDENTS SEPTICÉMIQUES ET SEPTICO-PYOHÉMIQUES D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Docteur F. BONNET-ROY,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine.
Chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 1er mars 1921.)

Je n'ai pas la prétention d'apporter ici des notions bien nouvelles ni surtout des formules définitives sur un sujet aussi complexe que celui-ci. Je voudrais seulement soumettre à la vôtre l'opinion que j'ai pu me faire, d'après les cas assez nombreux que j'ai observés et surtout d'après l'enseignement quotidien que je reçois de mon Maître, le Professeur Sebileau, dans ce beau service de l'hôpital Lariboisière où sont traités, chaque année, tant de malades.

Lorsque l'on parle à un médecin ou à un chirurgien non spécialisé d'accidents septicémiques et septico-pyohémiques d'origine dentaire, il ne manque jamais d'évoquer le spectre de l'angine de Ludwig. Il est évident que l'angine de Ludwig est, de toutes les complications d'origine dentaire, l'une des plus redoutables, mais il s'en faut qu'elle soit la seule et il me semble que dans une question comme celle-ci, ce qui manque le plus, c'est l'ordre et l'unité. C'est pourquoi je souhaite tout simplement, si vous le voulez bien, exposer les quelques notions que j'ai à vous présenter ce soir en procédant du simple au compliqué.

Tous, nous connaissons les accidents infectieux *locaux* d'origine dentaire. Ce sont les plus simples, les plus fréquem-

ment rencontrés, ceux dont je parlerai brièvement au début. Je m'étendrai plus longuement ensuite sur les accidents locaux compliqués d'accidents généraux, qui sont véritablement le sujet que je me suis proposé, et terminerai en vous disant quelques mots des accidents généraux graves « sans détermination anatomique » sur lesquels il y a peut-être un peu d'unité de doctrine à apporter.

I. *Accidents locaux.* — Je crois que nous sommes tous d'accord sur la nature, la pathogénie, l'évolution et le traitement des accidents locaux d'origine dentaire, envisagés, naturellement, en tant que chirurgiens. Je veux parler surtout de l'ostéo-phlegmon d'origine dentaire, ostéo-phlegmon qui, comme vous le savez, a été pendant fort longtemps l'objet de discussions passionnées suivant qu'on l'envisageait bien comme ostéo-phlegmon ou comme adéno-phlegmon. Je ne m'étendrai pas sur cette question qui, récemment encore, a fait l'objet d'une clinique du Professeur Sebileau [1] et sur laquelle mon collègue et ami Truffert [2] a publié, en 1920, une excellente thèse qui met la question au point.

Néanmoins puisque nous parlons de l'ostéo-phlegmon, je voudrais ajouter un mot parce que jusqu'ici dans pas mal de cas des erreurs de diagnostic sont commises, que nous avons, dentistes et chirurgiens, l'occasion de redresser. On ne se méprend jamais ou presque jamais sur un ostéo-phlegmon d'origine dentaire qui a pour origine la face externe du maxillaire inférieur. Mais lorsque le point de départ siège sur la face interne, on oublie trop souvent que cette face interne du maxillaire inférieur est divisée en deux régions dont l'une répond à la cavité buccale et l'autre à la région cervicale. Cette face interne se divise, en effet, en deux étages : l'étage sus-mylo-hyoïdien et l'étage

---

1. P. *Sebileau.* — Les phlegmons périmandibulaires odontopathiques. *Presse Médicale*, 16 mars 1921, n° 22, p. 213.
2. P. *Truffert.* — Diagnostic et traitement des phlegmons périmandibulaires d'origine dentaire. — Thèse de Paris, 1920. — Lib. Louis Arnette.

sous mylo-hyoïdien qui répond à la région sous-maxillaire. Suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre étage, on considère qu'il s'agit d'un ostéo-phlegmon ou d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire. On est dans le vrai dans le premier cas et dans l'erreur dans le second. Quoi qu'il en soit, ces ostéo-phlegmons constituent en eux-mêmes des cas faciles à traiter et ne comportent pas en général un pronostic redoutable. Je tenais à en dire quelques mots au début puisque très souvent l'ostéo-phlegmon a été le premier chapitre de l'histoire clinique d'une septico-pyohémie et qu'il est donc impossible de le passer sous silence.

II. *Accidents locaux compliqués d'accidents généraux.* — J'en arrive maintenant à la partie certainement la plus importante, celle des accidents locaux compliqués d'accidents généraux, celle qui vraiment se rapporte aux accidents septicémiques et septico-pyohémiques. Il y a un certain nombre de catégories à établir de façon à n'oublier aucun cas et à avoir une vue générale de la question.

A) Et d'abord, cet ostéo-phlegmon dont nous venons de parler, c'est une collection suppurée, survenue chez un individu de plus ou moins bonne résistance. Nous avons tous observé à la suite d'ostéo-phlegmons d'origine mandibulaire des accidents à distance, qui, par eux-mêmes, constituent des accidents graves et même mortels, même en admettant que le traitement local ait été correct dès le début. Ainsi il y a quelques mois j'ai eu l'occasion d'observer un ostéo-phlegmon d'origine dentaire qui n'ayant pu être drainé par la cavité buccale avait été incisé et dont la plaie évoluait dans les meilleures conditions lorsque le malade présenta, dans les 8 ou 10 jours suivants, des foyers de broncho-pneumonie, puis une réaction pleurale et mourut trois semaines après.

Ces accidents, en pathologie générale, sont connus et se rencontrent aussi bien à la suite d'un phlegmon de l'avant-bras ou du pied ; ils ne doivent rien de particulier à leur origine dentaire, mais ils rentrent bien dans le groupe des accidents pyohémiques d'origine dentaire.

En d'autres circonstances c'est au niveau des articulations que se localisent les accidents infectieux secondaires, comme cela s'est produit il y a quelques années dans le service de M. Sebileau à Lariboisière chez une malade qui eut des arthrites suppurées, des phénomènes de métastase pulmonaire, etc., et qui guérit, mais au prix d'un séjour de 3 à 4 mois d'hôpital et de multiples incisions.

Ces cas sont bien connus et, dans sa communication de février 1920, notre collègue M. Mendel en rapportait un certain nombre ; comme lui je crois que l'hémo-culture est un moyen d'investigation à employer. Il faut la faire, car de ce qu'elle ne donne pas de résultats positifs constants il n'en demeure pas moins qu'elle est souvent d'un grand secours. Je crois également, et suis sur ce point de l'avis de MM. Mendel et Roy, que la nature du terrain est capitale dans ces cas-là ; M. Sebileau y insiste souvent ; j'y reviendrai d'ailleurs. Il est certain que d'un individu à l'autre les mêmes accidents initiaux peuvent comporter un pronostic tout à fait différent et une évolution clinique également différente.

B) Il y a une catégorie d'accidents qui ne se rapportent plus à la métastase, mais tiennent à la diffusion locale du processus buccal. Vous connaissez les accidents d'ostéite étendue du maxillaire inférieur : ces accidents appellent quelques réflexions. Il nous arrive, en incisant des ostéo-phlegmons, de tomber sur de larges plages dépériostées du maxillaire inférieur et, dans la suite, nous constatons l'élimination d'un petit séquestre gros comme une tête d'épingle. Par contre il y a des cas où l'évolution ultérieure de ces ostéo-phlegmons se traduit par la formation de séquestres étendus nécessitant un curettage. Je n'insiste pas sur ces cas ; j'insisterai plutôt sur ceux qui sont moins bien connus et peuvent porter à des erreurs de diagnostic extrêmement graves, sur les cas d'ostéite étendue du maxillaire supérieur.

Nous connaissons bien les manifestations infectieuses d'origine dentaire au niveau du sinus maxillaire. Lorsque nous avons affaire à une sinusite maxillaire, notre pre-

mier soin, après avoir vérifié l'état du nez, est de vérifier l'état des dents afin de diagnostiquer l'origine de la sinusite maxillaire que nous avons à traiter. Mais il y a des cas où le processus infectieux, tout en siégeant au niveau du maxillaire supérieur, n'atteint pas le sinus ou ne l'atteint que secondairement ; il y a des cas où il se propage superficiellement en suivant la table externe du maxillaire supérieur depuis la fosse canine jusqu'au plancher de l'orbite. Il y a des phlegmons de l'orbite d'origine dentaire, mais beaucoup de médecins et de chirurgiens non spécialisés ne les connaissent pas et les connaissent d'autant moins que, souvent, la continuité du processus inflammatoire échappe à l'examen. Nous constatons des foyers ostéitiques lointains sans qu'il nous soit possible de poursuivre entre eux et l'affection dentaire initiale la marche des lésions par un examen objectif. La plupart du temps lorsque les accidents dentaires initiaux n'ont pas été diagnostiqués et que l'on a affaire à un phlegmon de l'orbite évident, on montre le malade à un ophtalmologiste, celui-ci parle de trépaner l'ethmoïde et ne songe pas à chercher là où elle est vraiment la cause initiale de ces phlegmons.

C) Nous arrivons maintenant à des phénomènes véritablement septico-pyohémiques graves qui sont le cœur même du sujet. Lorsqu'un foyer inflammatoire d'origine dentaire se propage au niveau du creux sublingual, il rencontre un certain nombre d'organes qui peuvent servir à la diffusion du processus infectieux ; il rencontre des vaisseaux lymphatiques (pas de ganglions), du tissu cellulaire lâche et des veines. Or il n'est pas rare de constater des accidents phlébitiques graves, des phlébo-phlegmons, comme M. Sebileau les appelait dans une étude parue il y a 20 ans dans la *Presse Médicale*[1] et aujourd'hui classique. Ces phlébo-phlegmons présentent une évolution clinique d'autant plus intéressante qu'ils sont la source d'erreurs de diagnostic assez

---

1. *P. Sebileau.* — Des différentes formes de la septicémie buccale. *Presse Médicale*, février 1901, n° 10, p. 53.

fréquentes. Il y a en effet trois voies pour l'infection qui se propage par les veines : la première, facile à concevoir, est peut-être la plus habituelle : c'est la voie superficielle facio-ophtalmo-caverneuse, la phébite gagnant la veine faciale, puis la veine ophtalmique et par celle-ci le sinus caverneux. En second lieu, par une voie extrême, l'infection d'origine dentaire, de la mâchoire supérieure principalement, gagne les plexus ptérygoïdiens et ensuite le sinus caverneux. C'est la voie ptérygo-caverneuse. Il y a enfin une troisième voie qui est moins connue, qu'on rencontre d'ailleurs plus rarement, mais qu'il ne faut pas ignorer car elle pose une question d'interprétation des phénomènes qui est assez importante au point de vue clinique : l'infection des plexus ptérygoïdiens atteint, par la partie interne, large, de la pente sphéno-maxillaire, la veine ophtalmique accessoire et le sinus caverneux, suivant la voie ptérygo-ophtalmo-caverneuse. Or, dans la première et dans la troisième hypothèse, les signes oculo-orbitaires précéderont l'apparition des phénomènes encéphalo-méningés ; on constatera l'amaurose, l'exophtalmie, l'ophtalmoplégie externe, l'hypertonie du globe, l'œdème palpébral et le chémosis avant le coma et le stertor qui, rapprochés de la fièvre à grandes oscillations avec frissons, témoignent de l'infection sinusienne. On pourra donc tenter d'intervenir sur l'orbite, siège de phénomènes phlegmoneux. Dans la seconde hypothèse, au contraire, le coma et les graves accidents encéphalo-méningés posent une question de diagnostic étiologique angoissante et brutale, car ce n'est que secondairement à leur éclosion que l'on verra survenir les accidents de thrombose des veines ophtalmiques [1]. Mais là encore, lorsque l'on a affaire à des phénomènes de phlegmon de l'orbite, on est tenté de montrer le malade à un ophtalmologiste qui trouvera rarement l'origine dentaire de l'affection.

---

1. *P. Sebileau.* — Un abcès dentaire suivi de phlébite mortelle de la veine ophtalmique inférieure (en collaboration avec le docteur Ch. Grandon) *Bulletin de la Société de Stomatologie*, 15 janvier 1900, p. 119.

D) Parmi les organes que rencontre l'infection dans le creux sublingual en dehors des veines, il y a le tissu cellulaire et les vaisseaux lymphatiques et c'est à proprement parler le cellulo-phlegmon du creux sublingual qui porte le nom d'angine de Ludwig. La cellulite peut, d'ailleurs, frapper des régions du voisinage autre que le creux sublingual et s'étendre à la région sous-maxillaire, à la région périhyoïdienne, à la région latéro-pharyngée. Un fait doit être au préalable indiqué et précisé : c'est que la gravité de cette complication, de cette cellulite du creux sublingual, n'est pas toujours le fait d'accidents dentaires étendus et faciles à constater. Si ces accidents infectieux se constataient toujours à la suite de l'évolution d'un ostéo-phlegmon caractéristique, on pourrait peut-être les éviter ou, tout au moins, en faire le diagnostic dès leur apparition ; mais nous avons tous vu des angines de Ludwig évoluer chez des malades qui présentaient des lésions dentaires relativement minimes ; d'où une nouvelle cause d'erreurs de diagnostic sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister.

Quoi qu'il en soit, l'angine de Ludwig présente des caractères bien tranchés et il ne faut pas prendre tout œdème ou gonflement du plancher buccal pour une angine de Ludwig. Celle-ci se traduit par des phénomènes locaux relativement modérés. Il y a plutôt qu'un œdème vrai une infiltration dure, j'y insiste, extrêmement dure des tissus sus-hyoïdiens qui, dans la suite, au fur et à mesure qu'elle se développe, amène une contraction de tous les muscles du voisinage, un trismus intense, qui comprime le larynx, gêne considérablement la déglutition en même temps que se déroule un tableau général tout à fait impressionnant et vraiment particulier ; la température est élevée, mais dépasse rarement 39 ; les malades sont abattus et cependant, caractéristique de cette affection, ils gardent une sensation de confiance, un optimisme extraordinaire et une lucidité qui contrastent avec l'évolution extrêmement rapide des accidents terminaux. Autre fait important, ces malades présentent en général une tare initiale et il est bien rare

que l'angine de Ludwig évolue chez des individus en état de grande résistance. M. Sebileau y insiste beaucoup et tous ceux d'entre nous qui ont été appelés à voir ces malades ont confirmé cette constatation ; ces malades ont tous une tare quelconque. L'angine de Ludwig se voit dans la clientèle hospitalière mais se voit autant la clientèle aisée : le surmenage intellectuel, nerveux, prédispose en effet à l'éclosion de cette septicémie.

De quoi meurent ces malades ? D'accidents bulbaires ; dans les quelques heures qui précèdent la mort, ils ont une respiration de Cheyne-Stokes, un pouls misérable, une intégrité parfaite de la cérébration. Ils meurent, dit le professeur Sebileau, par déroute du bulbe.

La discussion est toujours ouverte pour savoir si l'angine de Ludwig est un phlegmon ou si elle est une gangrène. A vrai dire je crois que cela n'a pas une extrême importance, mais il semble bien, d'après les constatations microbiologiques et cliniques que l'on a faites, qu'il faille considérer, au moins au point de vue du traitement, l'angine de Ludwig comme une gangrène. C'est ce que disait Dufourmentel en 1918 dans un article paru dans la *Presse Médicale*[1] au cours duquel il relate une observation d'angine de Ludwig dont l'exsudat, examiné par M. Sacquépée, contenait un anaérobie voisin du *Bellonensis Sacquepei*.

Il est probable que l'angine de Ludwig est due à des anaérobies, mais il me semble qu'à ce sujet les réserves qu'a faites M. Mendel sont tout à fait dignes de retenir l'attention.

III. *Accidents généraux sans détermination anatomique.* — J'en arrive aux accidents généraux septico-pyohémiques sans détermination anatomique, c'est-à-dire contrastant avec l'absence ou la bénignité des phénomènes

---

1. *L. Dufourmentel et Frison.* — Septicémie d'origine bucco-dentaire, *Presse Médicale*, 8 août 1918, n° 45, p. 415. Voir également *F. L. Peyre.* Le processus gangréneux dans l'angine de Ludwig. *Presse Médicale*, 3 novembre 1920, n° 80, p. 789.

locaux. Ce type est un peu destiné à comprendre les cas sur lesquels on n'est pas tout à fait d'accord quant à la pathogénie et quant au diagnostic. Lorsque M. Sebileau a créé cette dénomination dans l'article dont je vous parlais tout à l'heure, il y a une vingtaine d'années, il y faisait surtout allusion aux cas dits de « cachexie buccale » ; il avait été frappé des lésions tout à fait minimes que l'on constatait chez certains sujets qui, par ailleurs, présentaient des phénomènes septicémiques graves et une évolution fatale. Depuis, nous savons que ces accidents redoutables peuvent se voir avec des lésions si minimes qu'elles sont susceptibles de passer inaperçues. Ces cas-là nous surprennent moins qu'autrefois ; mais on a fait entrer dans cette catégorie d'autres observations comme celle publiée par Dufourmentel, concurremment avec la précédente, dans laquelle la toxémie a emporté le malade après guérison de la lésion locale, mais après lésion locale évidente, assez grave pour avoir imposé une intervention. Je pense donc que, si l'on s'en tient aux termes mêmes de cette tête de chapitre, on rencontre relativement très peu de cas qui puissent s'y rattacher.

Traitement. — J'aurais voulu pouvoir vous apporter sur le traitement des affections septicémiques et septico-pyohémiques d'origine dentaire des notions réconfortantes et nouvelles ; ce n'est malheureusement pas le cas. Je crois que nous sommes tous d'accord pour donner une grande importance au traitement précoce, rapide, énergique de la lésion dentaire. Je n'aurai pas la fatuité d'insister à ce sujet ici. Néanmoins, permettez-moi de vous rappeler qu'à Lariboisière, dès que nous avons affaire à des accidents ostéo-phlegmoneux, nous pratiquons, si ce n'a déjà été fait, une trépanation du fond de l'alvéole, la dent enlevée, de façon à ouvrir une issue naturelle au pus.

Lorsque nous avons affaire à des accidents locaux importants et même à des accidents locaux avec accidents généraux graves, comme dans le cas d'angine de Ludwig, nous

faisons des incisions multiples ; l'angine de Ludwig se traite par de grandes incisions sus-hyoïdiennes, médianes et latérales ; on poursuit l'infiltration partout où on la trouve : il faut inciser au fur et à mesure que l'on est conduit par les progrès de l'infiltration.

Lorsque l'on a affaire à des accidents phlébo-phlegmoneux, si on se trouve en présence de pus collecté, il faut donner libre cours à ce pus, mais cela ne sauve généralement pas le malade. Nous resterions donc extrêmement désarmés si nous n'entrevoyions une perspective un peu réconfortante dans les traitements pathogéniques dont je voudrais vous dire un mot en terminant.

Actuellement, sous la direction du professeur Sebileau, chez ces grands malades, nous pratiquons, concurremment avec l'acte chirurgical, l'injection du sérum polyvalent suivant contre les gangrènes. Ce sérum est constitué par le mélange suivant :

Sérum	anti-histoliticus.........	20 cc.
—	anti-perfringens.........	20 cc.
—	anti-œdematicus	10 cc.
—	anti-streptocoque	30 cc.
—	anti-vibrion septique	10 cc.

que l'on dilue dans 500 cc. de sérum physiologique pour injection sous-cutanée, à répéter toutes les 48 heures éventuellement. Il est bon de faire précéder cette injection d'une injection intra-veineuse de 1 à 2 cc. du mélange pour éviter le choc anaphylactique.

Je ne saurais dire que nous ayons constaté de guérison d'angine de Ludwig, mais, à l'heure actuelle, étant donné ce que nous savons de cette affection, c'est le traitement le plus logique que nous ayons à notre disposition.

Nous pratiquons souvent aussi la vaccination à l'aide du stock-vaccin de Delbet (staphylo-strepto-pyocyanique) ou à l'aide du stock-vaccin shaphylococcique.

Enfin — et c'est là, n'en doutez pas, l'arme thérapeutique efficace de l'avenir — nous nous efforçons, en cas d'hémo-

culture positive, de réaliser l'auto-vaccination qui est la seule spécifique.

Mais il s'en faut que l'on ait dans tous les cas une culture pure et la possibilité de faire une auto-vaccino-thérapie efficace.

Je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé mon sujet. Je ne souhaite qu'une chose, c'est de provoquer de votre part des critiques et des discussions dont je serai le premier à tirer profit. J'aurais voulu apporter à la séance de ce soir une contribution plus utile et plus intéressante à la discussion qui est ouverte parmi vous au sujet des accidents généraux d'origine dentaire, mais je crois que je serais sorti de ma compétence et, en ce qui concerne cette discussion toute d'actualité, j'estime que c'est à vous, avant tout, à vous qui avez fait entrer l'art dentaire dans la pathologie, de répondre à ceux qui voudraient faire entrer la pathologie dans l'art dentaire.

RAPPORT SUR LES INFECTIONS PÉRI-APICALES ET LEURS RELATIONS AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES

Par Paul Housset,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Présenté au Congrès de Rouen, août 1921.

La Société d'Odontologie a bien voulu me charger de vous présenter un rapport concernant les états infectieux péri-apexiens et leurs relations avec l'état général des malades.

Cette étude est complexe et il suffit d'approfondir les travaux des auteurs étrangers et français pour comprendre qu'elle est d'une importance extrême pour notre profession Il convient de diriger tous nos efforts, toutes nos recherches vers la solution d'un problème qui peut toucher à la santé générale de nos malades et qui par cela même intéresse les médecins pour leurs traitements spéciaux ou généraux, et les dentistes au point de vue responsabilité, et modifications de leurs méthodes.

Il est bien évident que, dans ce rapport, j'entends par dentistes tous les praticiens qui soignent les dents, étant persuadé que, malgré les variétés « d'étiquette », les techniques sont, d'une façon générale, à peu près identiques.

La genèse de cette question est ancienne ; plusieurs fois cette étude fut ébauchée, en France comme en Amérique ou en Angleterre. Ce n'est que depuis quelques années, principalement chez les Américains, qu'elle prit l'ampleur qui la place au premier plan. Très développée en 1918 aux Etats-Unis, seuls, dans notre pays, quelques praticiens s'en préoccupaient. Nous n'avons pas subi les exagérations que peuvent susciter les débuts d'une méthode alors qu'elle est encore incomplètement contrôlée par les faits et ce fut surtout par notre sens critique que, tout d'abord, nous accueillîmes ces théories.

En Amérique même, les controverses se multipliaient.

D'accord sur quelques points, les auteurs se partageaient sur d'autres et publiaient de nombreux travaux qui, dans un sens ou l'autre, restaient assez souvent dans le domaine de l'hypothèse.

En France, nous constatons l'apparition des mêmes controverses et, si les idées restent inspirées d'une sage mesure, il s'établit néanmoins certaines divergences.

Aussi, avant d'aller plus loin, je crois qu'il est de notre devoir d'apprécier à sa juste valeur, malgré les exagérations commises, la tâche vaste que nos confrères étrangers ont entreprise. Comme le dit M. Mendel Joseph, « la contribution des auteurs américains est extrêmement importante ». Je reprendrai l'excellente parole de notre président M. Georges Villain : « Les Américains nous ont donné un *avertissement.* »

Je vais résumer brièvement les travaux de la Société d'Odontologie ; je suppose que vous les connaissez parfaitement et je voudrais surtout vous présenter des faits et soumettre à votre jugement des conclusions. D'ailleurs, au cours de cette étude, je citerai les auteurs en établissant un parallèle entre leurs opinions qui, sous des formes différentes, sont souvent voisines. Je citerai de même une partie des auteurs étrangers ou français qui, hors de la Société d'Odontologie, ont fait un apport au sujet qui nous intéresse.

Voici la nomenclature des travaux de la Société d'Odontologie :

M. le Dr Mendel Joseph. — Foyers infectieux péri-apexiens et leurs répercussions d'ordre général, juillet 1920 et séance de mars 1921.

M. Georges Villain. — Modifications apportées à la technique du traitement des canaux radiculaires de 1914 à 1919 (Société d'Odontologie, 3 février 1920).

M. le Dr Roy. — Le traitement des dents infectées, février et mars 1921.

L'auteur de ce rapport. — Quelques considérations au sujet des foyers péri-apexiens, mars 1921.

M. Hulin. — Séance du 3 mai. Etude expérimentale sur quelques effets généraux de l'infection dentaire.

MM. le Dr Frey et Charles Ruppe. — Conclusions au sujet des foyers péri-apexiens. Séance de juin 1921.

M. Pailliottin. — Séance de juillet 1921. La pulpectomie est-elle une opération redoutable ?

PREMIÈRE PARTIE

Radiographie.

La radiographie, au sujet des dents atteintes de carie pénétrante, est un signe à ajouter aux autres dans l'ensemble des symptômes, selon les Drs Frey et Charles Ruppe.

Elle renseigne, suivant ces auteurs, sur la « pérident » et le Dr Paul Aime, radiologue, nous dit de ce mode d'investigation qu'il est l'auxiliaire précieux de l'examen clinique, de même que l'examen bactériologique ou chimique.

Des auteurs américains, Brophy, Peters, etc., donnent une opinion identique. Je crois que nous sommes tous d'accord à ce sujet.

Cependant, il faut admettre — les faits le démontrent chaque jour — que c'est bien souvent la radiographie, et la radiographie seule, qui décèle un foyer infectieux.

Existe-t-il toujours des signes cliniques concomitants ? Ce point est examiné d'autre part. Mais ayant un doute sur la valeur d'un traitement, sans que rien dans l'interrogatoire du malade ou dans l'examen clinique nous permette de constater d'une façon probante les symptômes classiques, à la radiographie nous trouvons parfois le signe indiscutable d'une lésion infectieuse et, si nous désobturons la dent, l'état des canaux confirme cette révélation (Voir Pl. N° 3, fig. 12), où vous pourrez examiner l'état péri-apical d'une molaire sous couronne depuis deux ans ; les apex sont lésés, ainsi que les ligaments, l'apex de la racine postérieure est érodé ; il n'y avait aucun signe clinique. En désobturant, j'ai trouvé des canaux très perméables, sans obturation et très infectés. La radiographie fut donc, dans ce cas, la révélatrice d'une affection insoupçonnée.

PLANCHE N° 1.

Comparaisons radiographiques d'aréoles péri-apicales.



Fig. 1. — Début. — Aréole large. Symptômes cliniques. Suppuration canal postérieur. Infection ancienne (2 ans).



Fig. 2. — 1 mois 1/2 après. — Aréole diminuée. Plus de suppuration ni de symptômes cliniques. Sondes dans les canaux.



Fig. 3. — 1 mois 1/2 après Fig. 2. — Aréole très diminuée. Trabécules osseuses. Dépôt argentique visible dans les canaux. Traitée par la méthode de P. Howe.

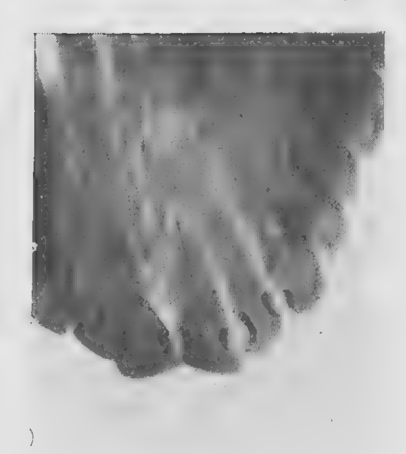


Fig. 4. — Aréole anfractueuse. Sonde en place. Ligament atteint. Image raccourcie.

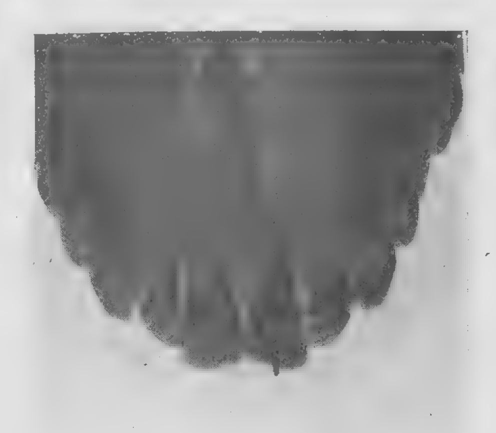


Fig. 5. — 1 mois 1/2 après. Plus de suppuration. Sonde double en place. Aréole diminuée. Tenir compte de la différence de proportion dans la projection.

Présentations P. Housset.

Par conséquent, ou bien l'examen clinique demande un éclaircissement, une confirmation à la radiographie, ou au contraire celle-ci décèle une lésion que les autres examens clinique et bactériologiques doivent confirmer, mais il faut admettre que les signes extérieurs peuvent ne pas être constants.

Indépendamment de ce rôle, le film peut nous guider dans le pronostic, dans le traitement et même dans le choix du mode de restauration, notamment à propos des couronnes, des pivots, des bridges fixes et des bridges amovibles. *Il convient donc de prendre une radiographie avant l'intervention dans tous les cas de carie pénétrante infectée.*

Je crois inutile d'indiquer la valeur de ce document au point de vue de la responsabilité du praticien dans le travail qu'il entreprend et au sujet des complications toujours possibles qui peuvent survenir dans le traitement de dents infectées. Cette image établit dans quel état péridentaire il a trouvé l'organe à traiter.

D'autre part, on connaît tout de suite la forme des racines, leur longueur ; le calibre des canaux, leur nombre ; parfois leurs anomalies. Nous ne travaillons plus d'une façon incertaine et c'est une grande sécurité en alésant un canal que de connaître sa direction.

Au cours des soins, nous pouvons constater si nous atteignons l'apex (pl. 1, fig. 2, fig. 4, 5), si notre obturation est satisfaisante (pl. 2. fig. 8). Plus tard, peu de mois après, si le traitement a été convenable et si le terrain est favorable, quelquefois dans un délai d'un mois après le début du travail, nous constatons que la zone de raréfaction diminue : l'ostéogenèse qui comblera cette aréole péri-apicale est en cours. Nous verrons la zone diminuer dans une ou dans plusieurs de ses dimensions, le liseré ligamentaire deviendra plus étroit, la tache sera moins claire sur le positif, car les trabécules osseuses apparaissent (pl. 1, fig. 1, 2, 3, etc.) et c'est alors un encouragement bien appréciable au cours du traitement ou une satisfaction de valeur après l'obturation. C'est quitter le doute où, malgré tout, nous sommes lorsque nous n'employons pas ce procédé d'investigation.

PLANCHE N° 2.

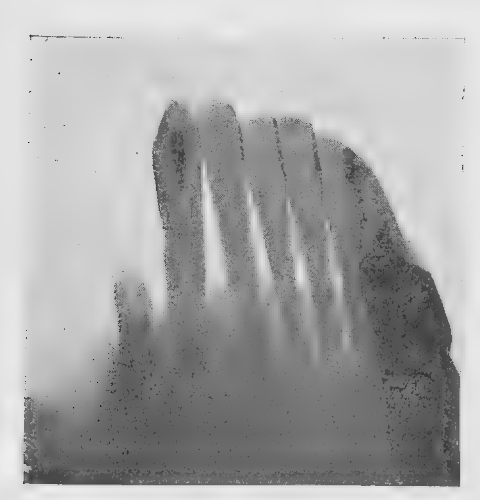


Fig. 7. — Prémolaire infectée avec abcès (Extraction). Canine infectée (Traitement).



Fig. 8. — 2 mois après. Plus de symptômes. Obturation radiculaire complète. Aréole en voie de régression. Ostéogenèse en cours. Coiffe pour couronne télescope en place.

Présentations P. Housset.

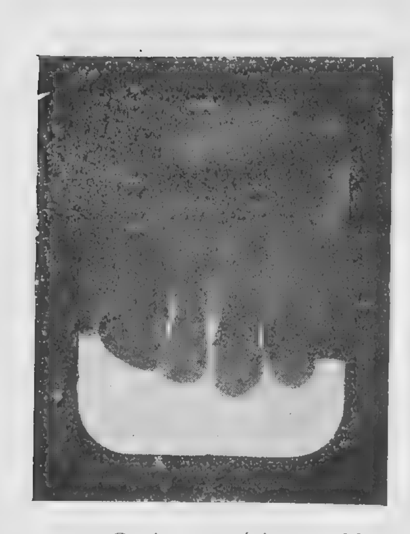


Fig. 9. — Canine supérieure. Mauvaise désinfection. Mauvaise obturation du canal. Aréole.

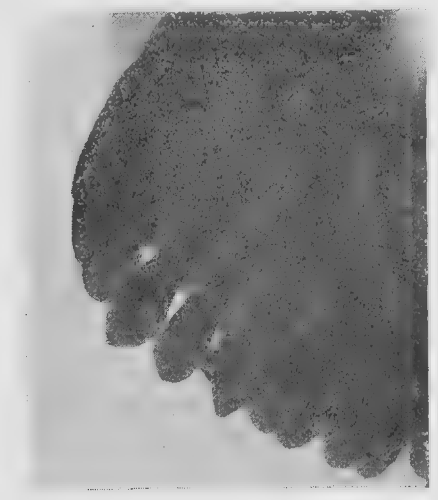


Fig. 10. — Après traitement. Bonne obturation du canal. Aréole en régression.

Présentations docteur Frey.

La régénération osseuse est plus ou moins lente et par conséquent visible sur le film plus ou moins rapidement. Ce n'est qu'entre six mois et deux ans qu'elle peut être complète ; cependant, bien avant, on peut observer une évolution régressive de la zone claire, indice probant d'ostéogenèse.

Nous étudierons ultérieurement la valeur de l'indice radiographique à propos du choix du mode de restauration.

Considérant plus intimement la technique radiographique, il faut préciser certains points importants.

Bien souvent, l'interprétation est difficile ou peut-être trompeuse, mais savons-nous lire les clichés et avons-nous employé tous les moyens radiographiques capables d'élucider le problème ? Seul le praticien doit établir le diagnostic puisqu'il est reconnu que le plus souvent celui-ci ne peut être basé uniquement sur la lecture d'une image. Les connaissances anatomiques de la région, les connaissances pathologiques locales doivent être complètes et l'aspect radiographique des différents tissus à ces deux points de vue doit être très étudié par l'opérateur.

Seule l'habitude permet de correctes interprétations. On peut cependant poser, à priori, quelques principes :

1° Il est souvent nécessaire de prendre, pour le même cas, plusieurs clichés sous des angles différents. Une lésion apparaîtra avec une certaine incidence du rayon ou disposition de la plaque ou du film qui, sur le cliché précédent, eût passé inaperçue (pl. n° 4, fig. 17, 18, etc.). Il faut, en effet, tenir compte des différents plans, des projections de masses osseuses voisines ou même des travées de renforcement, des superpositions de cavités : kystes, sinus, zone claire, etc. ; des superpositions de racines dans les multiradiculées.

Le sinus par rapport aux molaires, le foramen du canal palatin antérieur, les fosses nasales et même les narines pour les dents supérieures antérieures, le trou mentonnier pour les prémolaires inférieures peuvent, sur le film, simuler des zones raréfiées.

PLANCHE N° 3.



Fig. 11. — Aréole péri-apicale et zone de raréfaction à l'interstice des racines (Théorie de Talbot).



Fig. 12. — Molaire sous couronne depuis 2 ans. Infectée. Pas de symptômes cliniques. Larges aréoles. Apex érodé. Racine postérieure. Ligaments atteints.

Présentations P. Housset.

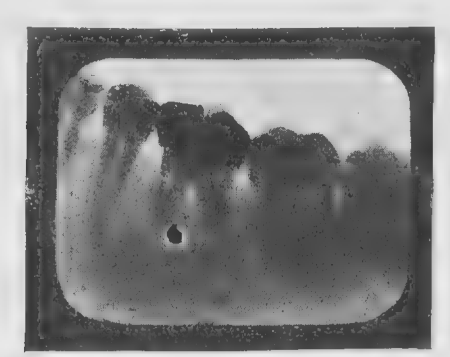


Fig. 13. — Molaire en bon état clinique zones de condensation osseuse.

Présentation docteur Frey.



Fig. 15. — A priori, vaste zone claire. En réalité prolongement du sinus.



Fig. 16. — Côté opposé. Confirmation du cas précédent. Prolongement du sinus.

Présentations Charles Ruppe.

2° Il faut apprendre à connaître la densité normale du tissu osseux, des tissus dentaires, le tracé linéaire normal d'un ligament, la forme, le contour d'un apex, la présence de canaux aberrants susceptibles de créer à leur foramen une zone de raréfaction placée sur le côté de la racine. Il faut savoir juger si la zone de raréfaction est d'un contour net ou présente des anfractuosités défavorables au point de vue pronostic.

Il faut apprécier les déformations souvent considérables produites par l'obliquité du rayon. D'une radio à l'autre, il peut y avoir de grandes différences qui faussent l'interprétation, notamment au sujet de la comparaison des zones claires.

*
* *

Charles Ruppe émet, à ce sujet, les idées suivantes :

« On ne se trouve jamais dans les mêmes conditions radiographiques. La position du sujet, la direction du rayon normal, la qualité des rayons, la valeur de l'émulsion de la plaque ou film, ne sont pas identiques. Nous voudrions attirer l'attention sur ces points de détail pour la lecture des radiographies dentaires.

Les plages de raréfaction sont caractérisées par :

1° Leur étendue ;

2° L'intensité de leur décalcification.

1° L'appréciation de cette étendue est sujette à des causes d'erreur, dues à la projection variable de l'objet.

Suivant l'obliquité du rayon, l'image sera plus ou moins raccourcie. En examinant comparativement les deux radiographies, il est donc nécessaire de regarder la longueur des dents, pour apprécier à sa juste valeur la diminution de la zone claire péri-apexienne.

2° On ne comparera pas non plus d'une radiographie à l'autre la clarté de la zone correspondante. Mais on notera au contraire sur une même radiographie la différence qui existe entre le tissu osseux alvéolaire et la zone malade pour l'opposer à celle qui figure sur l'autre film. »

PLANCHE N° 4.

Interprétations de radios prises sous des angles différents.

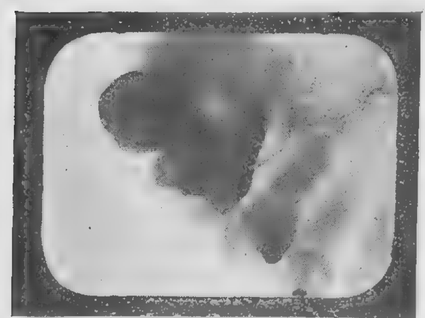


Fig. 17. — 1er film. 1re molaire supérieure. Les racines se superposent. Pas d'aréole visible.

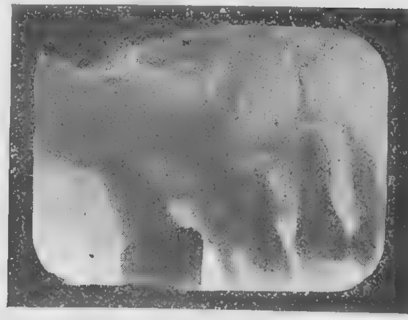


Fig. 18. — 2e film. Les racines sont visibles séparément. Aréole nette à l'apex de la racine mésio-vestibulaire.



Fig. 19. — 1er film. Rien de net. Apparence d'aréole 1re molaire.

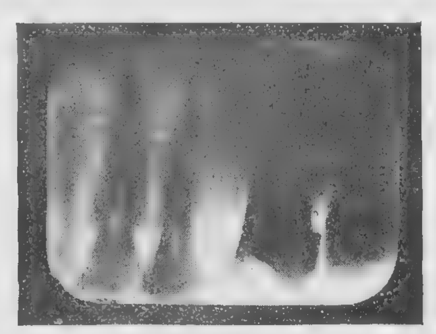


Fig. 20. — 2e film. Aréole plus apparente.

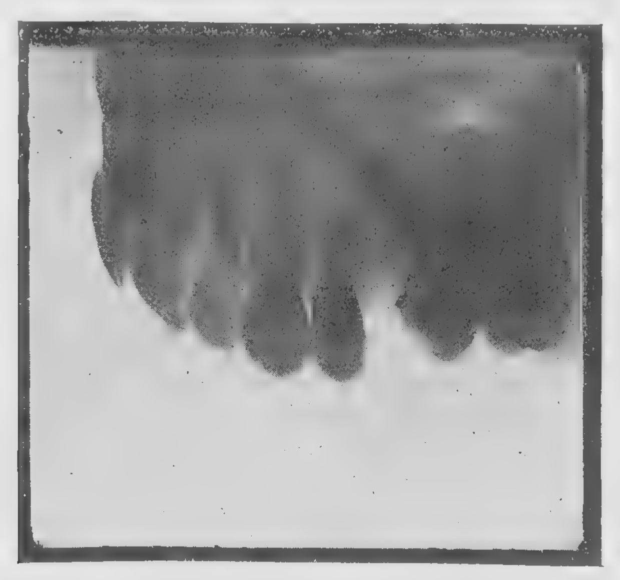


Fig. 21. — 3e film. Aréole péri-apicale nette et kyste.

Présentations Charles Ruppe.

*
* *

J'ajouterai qu'en vue d'un traitement chirurgical possible, curettage ou résection, il faut prendre la radio, une sonde étant placée dans le canal, afin de calculer sa longueur. Pour repérer extérieurement l'apex sans erreur comme on risque d'en avoir en déplaçant la sonde, j'emploie un fil double en U, une branche dans le canal jusqu'à l'apex, une parallèle extérieure, le long de la racine, la courbure de l'U venant s'appliquer sur le bord de la dent ou de la racine. Dans les cas de vestibule peu profond, on courbe la branche extérieure au moment de la prise du film (Voir pl. I n° 5).

Je présenterai prochainement un appareil de repérage d'apex.

Pour apprécier les déformations sur deux radios différentes, j'emploie un diagramme transparent, sorte de liseur de carte divisé en carrés de 3 m/m de côté. L'allongement ou le raccourcissement est ainsi immédiatement précisé.

Il est préférable d'examiner les radios à la loupe sur négatif et au négatoscope ou tout au moins appliqués sur une plaque de verre dépolie plutôt que directement sur la source lumineuse.

DEUXIÈME PARTIE

Nous avons à considérer 4 éléments :

I. — *La dent avec carie pénétrante :*

a) Pulpite,

b) Mortification pulpaire et infection des tissus dentaires. (Les connexions anatomiques et physiologiques étant normales).

En liaison avec l'élément précédent.

II. — *Le foyer infectieux péri-apexien.*

III. — *L'état général.*

Nous considérerons également :

IV. — *La dent non cariée avec pulpe normale.* (Sup-

posant aussi que cette dent présente des connexions normales, anatomiques et physiologiques. Seule une raison prothétique fait admettre la pulpectomie).

I

Dent atteinte de carie pénétrante.

a) *Pulpite.*

C'est-à-dire infection de la pulpe. La moindre faute opératoire, la moindre imperfection dans le traitement, les complications résultant du siège de la dent (2[e] ou 3[e] molaire) parfois de l'état général du sujet, et c'est le stade suivant, c'est-à-dire l'infection profonde de la dentine, des tissus apicaux et péri-apicaux. *Le foyer infectieux péri-apexien est alors constitué.*

Les raisons précédentes expliquent pourquoi les auteurs américains n'ont pas fait de distinction entre la dent dont on extirpe la pulpe et la dent où la pulpe est plus anciennement mortifiée.

Actuellement, les dents avec pulpite donnent, en effet, après obturation, un pourcentage considérable de foyers infectieux péri-apexiens. Les techniques en pratique sont assez bien étudiées au point de vue doctrinal, elles peuvent cependant *être encore très améliorées* et on ne doit surtout pas les *considérer comme définitives.* Elles doivent suivre la loi commune du progrès et tendre sans cesse vers plus de perfection ; mais il est évident que la raison principale d'insuccès nombreux est la mauvaise application de ces méthodes et notamment les fautes graves concernant l'asepsie et l'antisepsie.

Le D[r] Roy n'exagère pas quand il parle du manque de soins de beaucoup de confrères.

Le D[r] Mendel-Joseph dit que les méthodes de traitement (en France ou en Amérique) peuvent permettre un grand nombre d'affections péri-apicales. Les méthodes d'antisepsie rationnelle ne sont pas appliquées ; elles sont d'ailleurs difficiles à réaliser. Cet auteur ajoute : « Il est plus difficile

de traiter aseptiquement une dent que de faire une opération d'appendicectomie. »

Nous devons donc considérer le traitement d'une dent atteinte de pulpite comme extrêmement délicat. Comme je l'ai déjà écrit, c'est *une véritable intervention chirurgicale*, et il faut appliquer *strictement une méthode améliorée* si l'on veut obtenir une véritable guérison. Je vais donc me placer uniquement sur le terrain scientifique, persuadé que nos efforts sont incomplets et vains si nous tentons de nous en écarter. Il n'y a pas de compromis possible.

Il est essentiel de pratiquer une asepsie et une antisepsie rigoureuses, c'est à-dire :

a) *Préparation d'un champ opératoire.*

Seule la digue permet de créer ce champ. Tous les autres moyens sont insuffisants.

La digue doit être stérile, il faut avoir des feuillets enveloppés de gaze ou séparés par des feuilles d'étain, préparés et stérilisés à l'avance dans une boîte métallique. Ce n'est pas en réalité une grande complication que de placer la digue. On exerce cette manœuvre d'autant plus facilement qu'on l'exécute plus fréquemment. Si l'on emploie le tendeur facial ou le serre-tête élastique à deux branches, avec des clamps bien classés, c'est une perte de temps minime et largement rattrapée au cours de l'intervention.

La bouche et l'organe à traiter doivent être désinfectés avant de placer la digue. Une fois la digue posée, la couronne est encore badigeonnée à l'iode, à l'alcool ou au chloroforme. La pompe à salive est indispensable. Il faut également pouvoir pratiquer des lavages et disposer d'un récipient sous-mentonnier si besoin est.

*
* *

b) *Stérilisation de l'instrumentation.*

Tous les instruments doivent être préparés et stérilisés en série complète pour le cas à traiter, comme en chirurgie et avec la même rigueur. Les mèches doivent être montées sur les sondes et stérilisées dans de petites boîtes métalli-

ques. Il paraît suffisant de pouvoir disposer de deux grosseurs et de deux longueurs de mèches.

Les médicaments ne doivent pas être employés à même le flacon, mais par goutte sur des godets.

Le tout doit être disposé sur la tablette recouverte d'un champ stérile.

La pièce à main et l'angle droit doivent être stérilisés et, mieux, recouverts ou d'une feuille de gaze ou de caoutchouc en tube, ou du couvre-pièce à main.

*
* *

c) *L'asepsie des mains.*

Indépendamment des lavages (parfois plusieurs lavages selon les temps de l'intervention, comme l'écrit le Dr Bornand) faut-il préconiser les gants de caoutchouc ? Ils sont d'un emploi difficile, mais est-il admissible que nous ayons les doigts souillés de salive ou de sang, trop souvent inutilement ? Quand par exemple nous cherchons la fluctuation d'un abcès ou le suintement d'un clapier pyorrhéique, ne devrions-nous pas avoir au moins de simples doigtiers de caoutchouc, pour notre malade, pour les autres malades, pour nous, pour notre famille ?

Je crois que le traitement du 3e degré doit être le plus rapide possible et qu'il vaut mieux l'exécuter dans un nombre de séances très limité. Nous diminuons les risques d'infection extérieure. Le temps d'observation doit être court et peut même être considéré comme inutile, sinon dangereux, dans de nombreux cas.

Indépendamment des points ici développés, les indications classiques de technique sont à suivre étroitement.

Récemment, M. Pailliottin fit un résumé à ce sujet et il précisa fort bien certains détails à observer.

J'insiste encore sur l'importance de l'hémostase et de la parfaite obturation radiculaire et coronaire au point de vue réinfection secondaire.

Pour les pansements coronaires, la pâte à l'oxyde de zinc, très adhérente et n'exerçant aucune compression, est supérieure à la gutta-percha.

b) 4e Degré.

Nous étudierons maintenant la carie pénétrante infectée, que nous désignons habituellement sous le terme de 4e degré. A cette phase de la lésion dentaire, l'infection s'est propagée dans l'épaisseur du tissu dentinaire, les canalicules sont plus ou moins envahis de micro-organismes, des zones de tissus sont détruites et l'infection franchissant l'apex atteint l'alvéole ou plus exactement le péri-apex, et parlant de cette zone péri-apicale, le Dr Roy nous dit : « Je pose en fait qu'elle est toujours infectée, dans une portion au moins limitée, dans tous les cas où il y a infection canaliculaire » (*Odontologie*, février 1921).

Antérieurement, à propos de cette région péri-apicale, il écrivait : « Vous n'avez pas guéri celle-ci parceque vous avez ramoné vos canaux. Par conséquent, il faut admettre que dans tous les cas de 4e degré, l'infection péri-apicale existe. »

Ne considérant cette infection, selon le but de ce travail, *que sous sa forme chronique,* nous allons étudier son processus et ses symptômes.

Nous étudierons :

a) La nature microbienne de l'infection ;

b) Le type d'alvéolite raréfiante qui peut se produire et que l'on désigne plus communément sous les noms de zone raréfiée, de zone claire, de plage claire, d'abcès borgne (blind abcess). A ce sujet, le terme *d'aréole péri-apicale* me semble le plus explicite, aréole, diminutif de aire, signifiant au sens étymologique : interstice entre les fibres, les mailles d'un tissu. Les Américains emploient area ;

c) Les lésions directes de l'apex, du cément et du ligament.

*
* *

a) Nature microbienne.

En France, le Dr Mendel-Joseph ; en Amérique Rosenow, Garvin, Hartzell, Henrici, Crane, Talbot, Billing ; en Angleterre, Coldmann, etc., ont étudié la flore microbienne des foyers péri-apicaux.

Le streptocoque est l'agent le plus fréquemment isolé.

Le Dr Mendel-Joseph nous dit que la classification des variétés de streptocoque est très difficile. Les deux variétés constatées sont le streptocoque à chaînettes longues et le streptocoque à chaînettes courtes ou streptocoque viridans.

« Au point de vue virulence, la variabilité du streptocoque est grande. Cette virulence peut s'exalter surtout par association. Le streptocoque isolé dans les foyers péri-apexiens est moins virulent que celui d'autres affections telles que l'érésypèle, la variole, la scarlatine, etc., mais sa virulence est variable ».

Hartzell et Henrici ont isolé fréquemment du streptocoque dans des pulpes vivantes (29 cas sur 41) sur des dents présentant de la pyorrhée ou des caries non pénétrantes.

En Angleterre J. Kelsey donne des conclusions identiques.

A propos des toxines, il semble que les toxines streptococciques ont peu d'activité. Avec des cultures filtrées, Manfredi, Achalme ont provoqué des troubles nerveux fugaces.

Il est indiqué de poursuivre les études bactériologiques au point de vue *toxine,* au point de vue *virulence* et au point de vue *résistance* de cet agent microbien, résistance qui paraît être assez faible, notamment à la chaleur.

Des prélèvements ont été faits soit immédiatement après l'extraction, soit au travers de la table externe. A ce sujet Coriell a créé un foret à mèche hélicoïdale, doublé d'une canule, monté sur l'angle droit. Après perforation, la canule reste en place et permet de faire le prélèvement.

II

La zone raréfiée infectée.

b) Au point de vue pathologique, il y a destruction osseuse avec réaction de défense, constitution le plus souvent d'un granulome, les colonies microbiennes et les leucocytes infiltrent plus ou moins le tissu fongueux.

A la radiographie, on constate ou une raréfaction à contours assez nets ou au contraire une aréole anfractueuse (le pronostic est plus grave) ; la zone est ou *circonscrite* ou *diffuse* (Classe I et classe II).

Crane a étudié histologiquement ces formations, la réaction de défense dans le cas de zone diffuse est moins intense, le cément est atteint et l'os est désagrégé plus profondément et plus irrégulièrement.

Je propose d'adopter la classification de Crane. Dans la classe II, le granulome présente des zones de dégénération et la suppuration est établie. Dans la classe III, Crane place le kyste radiculaire.

L'abcès alvéolaire présente une zone de raréfaction comme dans les deux classes précédentes ; en cas de fistule, la zone de raréfaction peut ne pas exister.

Il est à signaler que de nombreux auteurs américains, Zentler, Crane, etc... ont constaté que dans de nombreux cas d'infection péri-apicale, l'aréole n'existait pas, la radio n'en donnait aucune trace ; cependant on trouvait du streptocoque.

Dans certains cas, s'il existe des canaux aberrants, canaux d'Aguilhon de Saran, la zone raréfiée peut être latérale.

Enfin il existe des aréoles péri-apicales qui sont stériles, soit à la suite d'un traitement convenable (elles sont alors en voie de régression), soit parce qu'elles peuvent exister pour une autre cause que l'infection, action d'un caustique selon certains auteurs, action d'un traumatisme sur une dent vivante (en cas d'occlusion traumatique, en cas de traitement d'orthodontie). Crane montre des radiographies à ce sujet.

Eugène S. Talbot (*Dental Comos*, mai 1919, Bone absorption around the roots of teeth) indique que la zone de raréfaction existant à l'apex sur les multiradiculées, dans de nombreux cas, semble se propager le long du ligament jusqu'à l'interstice des racines où une nouvelle zone claire se constate (Pl 3, fig. 2). Ceci est, en effet, fréquent. On a indiqué, au point de vue étiologique, la perforation de la chambre pulpaire.

Talbot présente la théorie suivante :

Selon lui, l'infection propagée le long du ligament trouve un terrain favorable dans la partie osseuse existant au niveau de la bifurcation des racines. Cette lamelle osseuse est en effet faiblement irriguée par des branches artérielles terminales. La nutrition est moindre, et moindre par conséquent est la défense de cette région.

*
* *

c) *Lésions de l'apex, du cément et du ligament.* — Dans de nombreux cas où il existe une zone raréfiée infectée, l'apex est atteint, il est érodé sur une plus ou moins grande étendue (I. Pl. 3, fig. 12) ; le cément peut être également dénudé sur une plus grande hauteur, il peut exister une hypercémentose ou au contraire une érosion lacunaire du cément. Le pronostic est évidemment plus grave. Le ligament est atteint, son tracé linéaire apparaît élargi à la radio, avec ligne claire longitudinale intercalée sur une hauteur radiculaire plus ou moins grande (sur le positif). S'il y a communication entre cette zone et le rebord gingival, la complication est encore plus inquiétante.

Dans le groupe III, Crane classe les dents infectées communiquant avec le sinus. Il faut encore considérer les cas de perforation trans-radiculaire.

(A suivre.)

UNE NOUVELLE LAMPE POUR PROJECTEUR DENTAIRE

Par F. DEVAUCHELLE,

Chef des travaux pratiques de radiologie à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 1er mars 1921.*)

Si une question doit retenir l'attention de la profession je crois que c'est celle de l'éclairage de la cavité buccale lorsque nous devons opérer à la lumière artificielle.

Les divers appareils que je vous présente aujourd'hui sont le résultat de recherches remontant à une dizaine d'années au moins, car le premier appareil a déjà été soumis aux critiques de mes confrères en 1913 dans une réunion professionnelle.

Tous ceux qui se sont servis de la lampe Nerst ont déploré sa disparition ; mais même à l'époque où l'on trouvait facilement cette lampe, je me suis attaché à l'étude de cette question, car je considérais que la qualité de la lumière émise par le brûleur Nerst était néfaste pour l'œil du praticien.

A mon avis, un bon projecteur dentaire doit atteindre trois buts : 1° produire une lumière puissante ; 2° donner cette lumière dépourvue de rayons rouges ; 3° émettre des rayons convergents.

Il n'a jamais été construit d'appareil comportant ces trois points et répondant à ces trois qualités essentielles et parmi les confrères qui m'ont précédé dans cette voie je dois signaler d'Argent, qui avait recherché la convergence par la rampe lumineuse et le docteur Bogue de New-York qui se servait du condensateur formé par un globe d'eau.

Les deux précurseurs avaient traité la question en praticiens soucieux de l'exécution de leur travail tout autant que de la conservation de leur vue, et, si nous ne trouvons plus leurs appareils dans le commerce, c'est que le gros défaut qu'ils avaient était d'éblouir totalement le malade. Il faut donc un rayon de diamètre limité à la bouche et laissant les yeux

du patient dans l'ombre ; c'est là le but que je me suis efforcé d'atteindre dans mon dernier appareil donnant au moins 200 bougies (le double de la lampe Nerst), des rayons très riches en lumière bleue et ultra violette et surtout des rayons convergents qui laissent la bouche bien éclairée malgré l'interposition entre la source lumineuse et le champ opératoire des divers instruments, tels que bras du tour, manche de la glace, etc... D'après ce que vous voyez, je crois que ce projecteur, qui n'est encore qu'à l'étude, remplit toutes les conditions désirées.

J'ai aussi étudié la question économique de remplacer la lampe Nerst par une lampe spéciale à filament métallique se substituant à l'ancienne lampe Nerst dans nos projecteurs. Ce deuxième appareil que je vous présente est un projecteur ordinaire du commerce dans lequel cette lampe spéciale est en activité ; vous remarquerez qu'il n'y a pas de projection du filament et que, la pointe de la lampe étant effacée, il n'y a pas de point obscur dans le champ lumineux qui est parfaitement et régulièment éclairé ; la puissance est de 100 bougies au moins.

Cette lampe est actuellement la solution la plus économique et elle remplace vraiment très bien la lampe Nerst ; toutefois, nous avons encore une mauvaise marche des rayons inhérente à la construction de tous nos projecteurs qui, je le dis en passant, nous sont vendus très chers et sont déplorablement fabriqués.

A cette séance un constructeur parisien fabricant d'appareils d'optique et de projection avait demandé de présenter un petit appareil exactement semblable à celui que j'ai soumis à mes confrères en 1913. Le projecteur dentaire très simple est ce 3[e] appareil que je vous recommande particulièrement étant donné sa puissance lumineuse et la qualité de sa lumière parfaitement homogène et émise par un objectif dont les qualités optiques sont parfaites. La puissance lumineuse en est réglable à l'aide d'une résistance, ce qui présente l'avantage de ne se servir d'une grande intensité qu'en cas de besoin et de ne pas fatiguer de ce fait la

vue de l'opérateur. Je ferai observer en passant que, selon moi, le praticien devrait avoir toujours sa tablette et les environs aussi éclairés que le champ opératoire pour éviter les efforts d'accommodation que l'œil doit faire lorsqu'il quitte une vive lumière pour passer à un milieu moins éclairé.

Ce petit appareil, très léger, assez gracieux et surtout fort bien étudié ; c'est ce qui se fait présentement de mieux, il a en outre une qualité dont je ne devrais pas parler ici dans un milieu scientifique, mais qui a pourtant son importance : c'est son bas prix, car il coûte moitié moins que les autres.

En somme nous pouvons nous contenter de la lampe de substitution pour remplacer la Nerst dans nos projecteurs. Cette lampe se trouve dans le commerce ; nous avons de très bons projecteurs fabriqués par des spécialistes sur le conseil de praticiens.

Ces appareils sont en vente courante et enfin je me propose de vous présenter à nouveau le dernier appareil le plus complet en temps utile au début de l'hiver ; j'espère qu'à cette époque il sera plus réduit et facile à se procurer sans grosse dépense.

J'ai cru vous intéresser en vous présentant ces divers appareils et lampes ; veuillez considérer cela comme une contribution à l'étude des moyens qui facilitent notre travail.

REVUE ANALYTIQUE

J. Bercher. — *Les anesthésies tronculaires en chirurgie bucco-dentaire.*

Après quelques considérations anatomiques, l'auteur indique les voies d'accès des nerfs maxillaires inférieur et supérieur. Il décrit ensuite la technique générale de l'injection en signalant le matériel nécessaire et les solutions anesthésiantes.

Les indications des anesthésies tronculaires sont très nombreuses Il ne faut pas hésiter à avoir recours largement à cette méthode d'insensibilisation. Elle s'applique non seulement aux cas de chirurgie buccale (tumeurs, lésions osseuses), mais encore à un grand nombre de cas de chirurgie dentaire (extractions, pulpectomies, curettage des fistules).

Il est possible, dans la même séance, de pratiquer l'anesthésie de plusieurs troncs nerveux, si cela est nécessaire. Ainsi il est arrivé à l'auteur d'anesthésier les deux nerfs dentaires inférieurs pour une opération portant sur la symphyse du menton. De même l'anesthésie peut être répétée le lendemain de la première intervention ou les jours suivants. La contre-indication ne pourrait venir que de l'état général du sujet, en particulier d'une lésion cardiaque mal composée.

Les anesthésies tronculaires pratiquées avec une technique rigoureuse donnent des résultats parfaits et constants. Il n'y a d'échec, dit Desplas, que par la faute de l'opérateur.

Il n'est pas d'accidents graves consécutifs aux anesthésies tronculaires pratiquées avec une asepsie parfaite et une technique rigoureuse.

Après l'intervention, le patient souffre généralement un peu ; mais l'aspirine calme rapidement cette douleur.

Les auteurs n'ont jamais observé de névralgies, ni de troubles de la sensibilité consécutifs.

M. Bercher conclut en disant que la connaissance précise des rapports anatomiques des racines nerveuses permet de porter à leur contact une solution anesthésiante. La technique de ces injections est accessible à tous les opérateurs. Les anesthésies qu'elles procurent sont parfaites et exemptes de danger. Il y a pour tous le plus grand intérêt à se familiariser avec la technique de ces anesthésies et à les utiliser fréquemment sans appréhension pour toutes les interventions de la chirurgie bucco-dentaire.

(*Revue de stomatologie,* nº 5, 1920).

J. Gauthier. — *Contribution à l'étude des fractures de la branche horizontale de la mâchoire inférieure.*

Voici les conclusions de cette intéressante thèse :

En présence d'une fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur, il faut :

Réduire les éléments de fracture, les contenir, rétablir l'équilibre musculaire et restaurer la dentition par un appareil de prothèse.

Consolidation et engrènement parfait en seront les résultats.

C'est là le but que se propose le stomatologiste ou le dentiste aux différents temps d'évolution de la fracture.

Il faudra donc :

1° Réduire la fracture dès les premières heures, au poste de secours par exemple, et en maintenir les fragments dans une gouttière provisoire garnie de gutta-percha ;

2° Poser une gouttière métallique à l'ambulance de l'avant, gouttière qui s'appuierait sur le collet des dents en laissant à découvert les surfaces articulaires. Scellée ou fixée par des vis à point d'appui intermédiaires, cette gouttière sera conservée jusqu'à la consolidation complète de la mandibule ;

3° Surveiller, pendant toute la durée du traitement, l'ostéogenèse en bonne articulation en la facilitant par un régime spécial et une thérapeutique recalcifiante ;

4° Combler finalement à la sortie du Centre le déficit dentaire du blessé par la pose d'un appareil de prothèse amovible ou par un bridge inamovible. (*Thèse de Paris*, 1921).

Dupuy de Frenelle. — *Sur le choix d'un anesthésique.*

A propos d'un cas de mort par syncope chloroformique récemment signalé, l'auteur rappelle qu'en dehors des cas de mort sur la table d'opération, le chloroforme tue par ictère grave exceptionnellement et par aggravation du shock opératoire plus fréquemment. Tout chirurgien assistant à la mort d'un opéré qui a subi une longue anesthésie chloroformique, peut se demander si ce malade n'aurait pas survécu au shock hémorragique, infectieux ou autre, s'il n'avait pas été handicapé dans la lutte pour la vie par une intoxication marquée incontestable de son foie, de son rein, de son cœur et de son système nerveux.

La *maladie anesthésique* est actuellement le plus gros écueil de la chirurgie. C'est la cause principale des malaises, de l'affaiblissement, des dangers qui accompagnent les opérations les plus anodines. Le plus grand progrès qui reste à réaliser en chirurgie est la suppression de cette maladie. La maladie anesthésique présente précisément à un degré plus ou moins prononcé les symptômes les plus redoutés du chirurgien après une opération réputée grave, soit : le pouls qui file, le cœur qui « flanche », les urines rares, les vomissements, le hoquet, la prostration ou l'agitation subdélirante. Il n'est pas douteux qu'une anesthésie prolongée, obtenue par un anesthésique toxique, a sa part de responsabilité lorsque ces symptômes apparaissent dans les jours qui suivent l'opération.

Une bonne méthode d'anesthésie doit obtenir un sommeil suffisant pour permettre d'opérer sans aucune gêne ; elle ne doit comporter aucun danger, elle ne doit troubler les suites opératoires par aucun malaise.

Dupuy croit avoir solutionné cette question depuis deux ans en se

servant comme anesthésique de base du *Kélène donné goutte à goutte* pour toutes les opérations ne portant pas sur le tube digestif intra-péritonéal. Le Kélène donné goutte à goutte permet d'endormir un malade pendant plusieurs heures sans danger. Le Kélène goutte à goutte n'empêche pas le malade de « pousser ». Aussi, lorsqu'il s'agit d'une hystérectomie il est nécessaire d'adjoindre au Kélène donné goutte à goutte, le chloroforme donné goutte à goutte pendant les quelques minutes qui précèdent l'ouverture du ventre (jusqu'à ce que les clamps soient placés) et pendant les quelques minutes qui précèdent la fermeture du ventre. Ce procédé nécessite en moyenne une dose de 1 centimètre cube de Kélène par minute d'anesthésie et une dose de 3 à 6 grammes de chloroforme pour une hystérectomie de longue durée. Il n'est suivi d'aucun vomissement en dehors des nausées qui accompagnent le réveil ; il n'est pas shockant, il ne comporte aucun danger.

(*Société des Chirurgiens de Paris*, 4 mars 1921).

VILLANDRE. — ***Deux observations de dents incluses s'accompagnant d'accidents infectieux graves.***

M. Villandre rapporte deux observations de M. Réal, auxquelles il joint une observation personnelle. Toutes trois prouvent que les accidents de dents incluses infectées sont graves et peuvent déterminer des phlegmons dont la cause reste méconnue tant qu'une radiographie n'a pas été faite. Dans l'observation I de Réal les accidents dus à l'inclusion de dents de sagesse à droite et à gauche, au niveau du maxillaire inférieur, furent séparés par un laps de temps de trois années et les secondes furent prévues et traitées très rapidement grâce à la radiographie préalable.

Dans l'observation de Villandre, il n'existait plus aucune dent visible au niveau du maxillaire inférieur ; c'est la radiographie seule qui permit de traiter avec succès le malade gardant une seule prémolaire incluse.

(*Société des Chirurgiens de Paris*, 4 mars 1921.)

HAMANT. — ***L'anesthésie au protoxyde d'azote.***

L'auteur, dans un exposé intéressant, donne quelques règles concernant l'usage ou le rejet de l'anesthésie protoxyde-oxygène.

Son emploi sera la méthode de choix chez les shockés : sujets en hypotension, affaiblis par hémorragie, malades tarés, sujets à équilibre instable et qu'une intoxication surajoutée peut tuer. Le protoxyde, en relevant la tension, en permettant d'opérer avec moins de hâte, améliorera sensiblement le pronostic. Son emploi sera aussi très indiqué dans les interventions longues et minutieuses. Son usage sera à conseiller chez les hépatiques, les rénaux, les cardiaques, puisque les organes lésés ne seront pas soumis à un travail plus complexe, ni à une intoxication supplémentaire. Si, d'autre part, on considère que la résolution musculaire est incomplète, que l'action d'aucun muscle

n'est suspendue, que le protoxyde ne passe pas de la mère à l'enfant, on peut dire que le mélange protoxyde-oxygène est le meilleur des anesthésiques obstétricaux. Mais il y a aussi des contre-indications très nettes à son emploi : le protoxyde ne paraît pas indiqué aux âges extrêmes de la vie, enfants et vieillards. Les sujets musclés fortement, les obèses, les alcooliques, ceux dont les voies respiratoires sont obstruées par de grosses amygdales devront être surveillés attentivement ; il est vrai qu'à l'aide du tube de Mayo, le sommeil sera plus facile et se produira avec moins d'à-coups.

La chirurgie faciale et oculaire ne paraît point être de son domaine en raison de l'obligation d'employer un masque bien hermétique ; cependant en usant de l'anesthétomètre de Cormel, en utilisant les méthodes intra-trachéales ou endo-pharyngées on peut constituer un véritable vase clos et avoir des données précises sur le mélange inspiré.

(*Rev. Méd. de l'Est,* nº 4, 1921.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er mars 1921.

PRÉSIDENCE DE M. GEORGES VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le président. — Avant d'ouvrir la séance, j'ai une mission particulièrement agréable à remplir. Nous avons eu le plaisir de voir parmi nos membres un certain nombre de légionnaires promus dans le mois qui vient de s'écouler :

Mme Régis, nommée chevalier de la Légion d'honneur pour services rendus pendant la guerre en dirigeant une organisation algérienne ; MM. Béal, de Lille ; Bouvet, d'Angers ; Tellier, de Lyon ; Michel Renhold, de Paris que j'ai le regret de ne pas voir ici.

Michel Renhold a obtenu la croix de la Légion d'honneur à la suite de cinq citations pour la bravoure qu'il a montrée sur les champs de bataille ; c'est la première croix de la Légion d'honneur accordée à un de nos membres sous-officiers. Cette croix de bravoure jette sur toute notre profession un reflet dont nous devons être très fiers et nous devons tous remercier M. Renhold d'avoir si dignement représenté la profession dentaire sur les champs de bataille.

D'autres croix nous font également plaisir : celles accordées à MM. les professeurs Sebileau et Desgrez que nous avons l'honneur de compter parmi les membres de notre corps enseignant.

Dans la récente promotion nous avons eu la grande joie de voir trois de nos membres présentés par l'Ecole dentaire de Paris obtenir la Légion d'honneur. Ce sont : MM. Godon, P. Martinier et Dr Roy.

Mon cher maître, je ne saurais pas vous décrire l'émotion avec laquelle j'ai applaudi à votre nomination d'officier de la Légion d'honneur et cela m'est un plaisir immense et une joie extrême d'être le premier à vous féliciter publiquement au nom de la profession, car nous vous devons plus que des félicitations et des remerciements. Cette promotion dans la Légion d'honneur est le couronnement d'efforts depuis plus de 40 ans. Nous aurions voulu, au Quarantenaire, que le Gouvernement vous apportât cette rosette ; elle est venue un peu plus tard, mais elle couronne néanmoins ces 40 années d'efforts. Il y a

20 ans, vous étiez nommé chevalier de la Légion d'honneur et vous avez attendu 20 ans pendant lesquels vous avez rendu des services immenses. C'est un grand plaisir de voir que vous avez été nommé avec un motif aussi élogieux, qui vous fait honneur et fait honneur à tous. Voici le motif accompagnant la nomination de M. Godon au grade d'officier de la Légion d'honneur.

(Il donne lecture de la citation, publiée dans notre numéro du 30 mars).

C'est en somme une récompense à l'Ecole, une récompense à la profession, car c'est de l'Ecole dentaire de Paris qu'est partie la première organisation dentaire militaire avec la création du Comité de Secours. C'est l'Ecole qui a créé le premier service de garnison ; c'est l'Ecole qui créa deux mois après le premier service d'édentés qui devait récupérer pour l'armée 250.000 hommes ; c'est à l'Ecole qu'on créa le premier service de rééducation des mutilés ; c'est encore à l'Ecole que l'on créa le service professionnel pour éduquer les veuves et les orphelines de guerre pour en faire des mécaniciennes. L'Ecole a ouvert ou collaboré aussi à de nombreux services dans les hôpitaux ou ambulances, ainsi que dans les formations militaires et industrielles de guerre.

En récompensant son président on a récompensé l'Ecole et la profession tout entière.

Les deux autres croix qui couronnent les efforts de MM. Martinier et Roy sont aussi des distinctions qui rejaillissent sur nous, sur notre Ecole, sur notre Société, sur notre Profession.

Ce sont nos deux collègues qui ont présidé à la création et assuré la marche de ce Comité de secours dont je vous ai parlé. M. Martinier en eut le premier l'idée ; il vint trouver le Conseil d'Administration de l'Ecole, ou plutôt ceux de ses membres qui n'étaient pas mobilisés, pour leur demander d'ouvrir immédiatement un service destiné à apporter aux blessés de la guerre les soins de prothèse et de chirurgie dento-maxillo-facial. M. Roy, avec la compétence que nous lui connaissons tous, assuma la charge du service chirurgical et devint le président du Comité de secours.

Pendant toute la guerre, ils n'ont cessé l'un et l'autre de collaborer à l'œuvre entreprise par l'Ecole : Roy a donné toutes ses matinées ; Martinier les avait données pendant les 3 premières années jusqu'à ce que, malade, épuisé, il dut petit à petit réduire le nombre de ses présences à l'Ecole.

Tous deux ont bien mérité cette distinction ; tous deux l'avaient méritée bien avant d'ailleurs. Aussi c'est un plaisir de lire les motifs qui accompagnent leurs nominations.

(Il donne lecture des citations, publiées dans notre numéro du 30 mars).

Ces citations nous font honneur en faisant honneur à ceux à qui elles sont décernées.

M. Martinier, professeur à l'Ecole dentaire presque depuis sa fondation, est directeur honoraire de l'Ecole ; professeur de la chaire de prothèse pendant de très nombreuses années, il n'a quitté l'enseignement que sur la demande du Conseil d'administration pour faire partie des jurys d'examen de la Faculté de médecine où il n'y avait pas de représentant de la prothèse.

M. Roy, professeur à l'Ecole depuis fort longtemps aussi, presque depuis la fondation, a été un des vice-présidents de l'Ecole, directeur de l'Enseignement ; il a quitté les fonctions administratives qu'il remplissait au sein du Conseil, il y a quelques mois seulement, pour se consacrer à des travaux scientifiques et venir nous apporter dans nos sociétés, nos journaux, nos réunions, le fruit de ses réflexions, de son labeur constant et de ses connaissances particulières que nous apprécions tous.

Je suis heureux, au nom de la Société, de vous adresser à tous trois les félicitations du bureau et celles de tous nos membres. (*Applaudissements prolongés*).

M. Blatter. — Puisque M. Villain a eu la primeur d'adresser des félicitations aux nouveaux légionnaires, je faillirais à mon devoir de directeur de l'Ecole dentaire de Paris en ne traduisant pas toute l'émotion que nous ont produite ces croix, M. Villain vous a lu tout à l'heure les citations de nos collègues ; elles sont très belles, très élogieuses, très méritées ; mais s'il fallait faire des citations professionnelles, imaginez celles qu'on devrait leur faire ! Une manifestation aura lieu ; nous en profiterons pour vous dire tout le bien que nous pensons de vous et toute l'admiration que nous avons pour vous.

On peut proclamer que ces collègues ont mérité de la Patrie comme ils ont mérité de la profession, et l'honneur, s'il s'adresse à eux, rejaillit sur toute la profession, sur l'Ecole dentaire de Paris.

Mes chers confrères, de tout cœur, au nom du Conseil d'Administration, au nom des élèves, au nom de nos groupements professionnels, de la Fédération dentaire nationale, je vous félicite. (*Bravos prolongés*).

M. Godon. — Mon cher président, mes chers collègues, mes chers élèves.

Je suis vraiment sous le coup d'une grande émotion pour prendre la parole. Je ne sais comment vous remercier tous de votre manifestation spontanée. Je dirai même que dans cette distinction qui nous est accordée, ce qui nous est le plus sensible, j'en suis sûr, aussi bien à Roy qu'à Martinier et à moi, c'est la manifestation de sympathie de nos confrères et collègues, des membres

de l'Ecole dentaire de Paris, manifestation qui nous touche profondément. A côté de cela, nous éprouvons tous les trois aussi une grande joie, car c'est un grand succès pour l'école et pour la profession ; c'est la preuve que les pouvoirs publics apprécient maintenant les services que rendent les chirurgiens-dentistes. Vous voyez, d'après les titres invoqués, qu'elles visent tous les services rendus pendant la guerre par les dentistes ; c'est pour ces services que les pouvoirs publics accordent les récompenses qu'ils donnent, ce qui montre qu'ils les apprécient et si j'examine ce qui s'est passé depuis 40 ans, je vois quels progrès immenses notre profession a faits grâce à nos écoles, à nos groupements professionnels. Il y a 40 ans, il n'y avait pas de dentiste décoré. Je me souviens qu'un des premiers décorés fut M. Wisner, parce qu'il était dentiste de la Légion d'honneur, c'est-à dire qu'il fut un peu décoré comme fonctionnaire. J'ai donc vu avec plaisir que, particulièrement au Service de Santé, on a apprécié les services rendus. J'éprouve un seul regret, c'est que dans cette liste ne figurent pas tous ceux qui ont rendu des services, tous ceux que nous aurions souhaité voir récompenser. Seulement ils peuvent se consoler en voyant que les pouvoirs publics tiennent compte de ce qui a été fait ; je crois qu'ils peuvent avoir confiance : un peu plus tard, leur tour viendra ; qu'ils continuent à persévérer.

Par conséquent, ceci montre encore une fois de plus les progrès faits par la profession dans la considération publique.

Je termine en remerciant à nouveau le Président de la Société d'Odontologie, mon bon ami Georges Villain, et tous les confrères de la Société. (*Applaudissements*).

Je confirme tout ce qu'a dit notre président au sujet de nos amis Roy et Martinier et des grands services qu'ils ont rendus pendant la guerre dans le Comité de Secours aux blessés. Du reste déjà la Société d'Odontologie s'était associée à l'Ecole pour demander cette distinction et c'est aussi un succès pour le Comité de Secours. (*Applaudissements*).

M. Roy. — Je suis particulièrement heureux et touché des manifestations de sympathie dont j'ai été l'objet de la part d'un grand nombre d'entre vous à l'occasion de la distinction qui m'a été conférée. Entré dans cette Ecole il y a 36 ans comme élève, il y a 32 ans comme membre du corps enseignant, je suis un enfant de la Maison ; aussi il m'a été particulièrement agréable de me voir attribuer cette croix sur la demande de l'Ecole dentaire de Paris à laquelle tant de liens d'affection me rattachent et c'est de tout cœur qu'à vous tous je dis un très sincère et très cordial merci.

M. P. Martinier. — Monsieur le Président, mes chers confrères,

A mon tour, je tiens à vous remercier des témoignages de

sympathie que vous m'avez donnés et qui m'ont en vérité très ému.

Je vous remercie des paroles flatteuses que vous avez prononcées et je suis très heureux de vous dire que les distinctions qui peuvent être décernées à la fin d'une carrière sont toujours la cause d'une grande joie lorsqu'on les fête dans une Société comme la Société d'Odontologie de Paris.

C'est ici, en effet, en 1890 sous les auspices de mon regretté maître Paul Dubois, que j'ai apporté mes premiers essais, mes premiers travaux.

C'est à la Société d'Odontologie, société d'enseignement mutuel, que j'ai eu l'honneur de présider il y a bien longtemps, et à l'Ecole dentaire de Paris, à qui j'ai donné le meilleur de moi-même, que je dois la satisfaction de recevoir la récompense qu'on m'a attribuée ces jours-ci. Je la reporte entièrement sur le groupement de l'Ecole qui m'a permis de me diriger dans la voie qui a abouti à cette nomination.

J'ajoute que je suis très fier de figurer en compagnie de mon excellent ami Roy, dans la même promotion que M. Godon qui a créé ce groupement et qui l'a dirigé jusqu'à présent. *(Applaudissements).*

I. — Accidents septicémiques et septico-pyohémiques d'origine dentaire, par M. Bonnet-Roy.

M. Bonnet-Roy donne lecture de sa communication (v. p. 645).

Discussion.

M. Roy. — Au sujet des ostéo-phlegmons décrits par M. Sebileau je dois dire que depuis sa communication, chaque fois que je me suis trouvé en présence d'un adéno-phlegmon, ou du moins de ce que nous appelions autrefois un adéno-phlegmon sous-maxillaire, j'ai, après l'ablation de la dent, recherché de façon systématique par l'exploration de l'alvéole une communication entre celui-ci et la collection purulente ; or si, dans quelques cas, j'ai pu le constater, je dois dire que je ne l'ai pas rencontré du tout d'une façon constante et il m'a été impossible, dans des cas d'adéno-phlegmon très nets, de trouver la moindre communication entre le foyer purulent et l'alvéole malgré des explorations très énergiques.

Je dois dire d'autre part — autre expérience clinique confirmant cette première constatation — qu'il m'est arrivé fréquemment d'inciser par la peau des adéno-phlegmons sous-maxillaires mettant le maxillaire à nu, mais sans voir aucune communication intra-osseuse avec l'alvéole.

La théorie de l'ostéo-phlegmon telle qu'elle a été décrite par M. Sebileau me paraît exacte ; j'en ai constaté pour ma part des cas très nets, mais où je fais des réserves c'est quand il s'agit de dire : il n'y a pas d'adéno-phlegmons sous-maxillaires, ce sont toujours des ostéo-phlegmons. Pour moi il y a l'un et l'autre.

Je ne reviens pas sur la question de terrain. M. Bonnet-Roy a appuyé l'opinion que j'avais émise lors de la discussion de M. Mendel où j'ai parlé assez longuement de l'influence du terrain dans l'évolution des grosses complications de l'infection pulpaire. Je suis très heureux de voir M. Bonnet-Roy partager cette opinion.

Un point particulier sur lequel je voudrais encore dire quelques mots, c'est celui qui concerne les nécroses d'origine dentaire du maxillaire. J'ai eu l'occasion d'observer un très grand nombre de ces complications et j'en ai publié un certain nombre d'observations dans trois ou quatre communications que j'ai faites à ce sujet, dont une, il y a trois ans je crois. Dans ce dernier travail j'ai publié le cas d'un homme qui avait perdu la moitié du maxillaire inférieur et dont j'avais extrait le séquestre d'une seule pièce par la bouche ; j'ai présenté la pièce et le malade, peut-être certains d'entre vous se le rappellent-ils. Le cas était intéressant parce que ce malade âgé de 55 ans a fait la régénération complète de son os.

M. Bonnet-Roy signalait le fait que l'on observait des maxillaires dénudés, dépériostés sur une étendue assez considérable et que néanmoins ces cas-là guérissaient d'une façon parfaite après élimination seulement d'un petit séquestre insignifiant ; dans d'autres cas, signalait-il, on observe ces grosses nécroses dont je parlais tout à l'heure avec élimination d'une portion plus ou moins considérable de la mâchoire dans toute l'épaisseur de l'os. Dans ce dernier cas-là il s'agit d'un processus tout à fait différent du premier. Dans le premier cas je crois qu'il s'agit probablement de phlegmons péri-osseux qui n'ont pas leur origine dans le centre de l'os, tandis qu'au contraire dans ces nécroses en masse qui se produisent avec une rapidité foudroyante et où en quelques jours, le malade a une portion étendue de son maxillaire frappée de mort qui s'éliminera par la suite, il s'agit d'ostéo-mélites par oblitération infectieuse des vaisseaux nourriciers de l'os amenant ces nécroses en masse.

Au sujet de cette particularité que M. Bonnet-Roy signalait, de maxillaires complètement dénudés sur une très grande étendue et guérissant avec seulement élimination d'un très petit séquestre je lui rappellerai qu'il y a à ces faits d'apparence

extraordinaire, une explication que j'ai signalée dans une communication relative à ces séquestres du maxillaire, c'est que la fibro-muqueuse gingivale est une partie des plus importantes au point de vue de la nutrition de l'os et j'ai eu occasion d'en montrer de nombreux exemples notamment à mon ami Georges Villain sur des blessés du service de l'hôpital Canadien pendant la guerre. Tant qu'il reste de la fibro-muqueuse gingivale sur l'os, cet os peut vivre, il se fait un bourgeonnement au niveau des canaux de Havers et l'os se recouvre d'un nouveau périoste.

Si, au contraire, cette fibro-muqueuse est détruite, l'os ne se régénérera pas et il y aura formation d'un séquestre étendu.

Dans un cas comme celui dont je parle là et dont je me rappelle maintenant l'observation, il s'agissait d'un homme qui, à la suite d'un phlegmon partant d'une prémolaire inférieure, a présenté une dénudation presque complète de la région mentonnière, où l'os était complètement à nu baignant dans le pus. C'était le premier cas que je voyais dans ces conditions-là, il y a une quinzaine d'années. J'avais porté la première fois que je le vis et incisé un phlegmon assez considérable ; après avoir ouvert un pronostic assez réservé et assez grave, mais à ma grande surprise je pus progressivement voir l'os se recouvrir et guérir complètement. Or ce malade avait cette particularité que ce phlegmon et le décollement qu'il avait entraîné s'étaient produits dans toute la région *sous-gingivale,* et que toutes les dents antérieures étaient restées avec le bourrelet gingival adhérant à la mâchoire. Le bord gingival était la seule portion d'os non dénudée jusqu'au bord inférieur du maxillaire. Grâce à la résistance de cette étroite bande de fibro-muqueuse gingivale le malade a guéri parfaitement ; il a eu un séquestre insignifiant.

Depuis j'ai eu l'occasion de confirmer par diverses autres observations le rôle important, capital je puis dire, joué par la fibro-muqueuse gingivale dans la nutrition du maxillaire. C'est un point intéressant à connaître par les chirurgiens, mais aussi pour les dentistes qui doivent s'attacher à la conserver le plus soigneusement possible.

M. Frey. — J'ai écouté avec le plus grand intérêt l'exposé que M. Bonnet-Roy nous a fait tout à l'heure avec son élégante précision, d'une question qui est réellement très complexe. Je n'insisterai pas sur un certain nombre de points que M. Roy vient de développer avec sa compétence habituelle ; mais, à propos du traitement, M. Bonnet-Roy nous a dit : il faut intervenir *précocement.* En vue de cette intervention précoce, j'ai attiré l'attention il y a longtemps, en 1892 ou 1894, sur le phénomène que j'ai décrit sous le nom de *fluxion sublinguale.* Je montrais que,

quand au cours d'un accident dentaire, l'évolution inflammatoire se faisait, non pas du côté de la paroi alvéolaire externe comme le plus souvent, mais du côté de la paroi interne, il y avait un soulèvement de la muqueuse le long de cette paroi. C'est ce soulèvement œdémateux que j'ai décrit sous le nom de fluxion sublinguale ; je faisais observer qu'elle avait besoin d'être recherchée, car c'est un signe qui ne gêne pas ou presque pas le malade fonctionnellement, ni dans sa déglutition, ni dans les mouvements de sa langue ; et cependant ce symptôme est d'importance, car au point de vue de l'intervention précoce, la fluxion sublinguale veut dire : garde à vous, voilà une complication infectieuse grave qui menace.

M. Bonnet-Roy. — Je répondrai à M. Roy que je suis tout à fait de son avis en ce qui concerne la difficulté de donner, dans tous les cas d'ostéo-phlegmon, issue au pus par une simple trépanation de l'alvéole ; j'ai passé comme lui par les mêmes difficultés opératoires. Dans ces cas-là, suivant que l'ostéo-phlegmon était développé en dedans ou en dehors de la mandibule, j'ai écarté légèrement la gencive en dedans ou en dehors et j'ai toujours donné issue au pus. D'autre part, quand on est obligé d'inciser extérieurement on ne trouve pas toujours un petit pertuis par lequel on peut admettre que l'infection a cheminé. Je crois qu'il ne faut pas être trop difficile et que quand on a constaté une plage dépériostée, on a une explication suffisante de l'origine ostéitique des phénomènes ; et si l'on ne peut trouver le petit pertuis que l'on recherche, il ne faut pas admettre *ipso facto* qu'il n'existe pas. Il y a des cas où l'on ne rencontre pas fatalement, objectivement, une continuité des phénomènes entre l'alvéole et la table externe, encore que le processus existe réellement.

En ce qui concerne l'adéno-phlegmon je n'y reviens pas. La question est jugée depuis Gosselin pourrais-je dire : il n'y a pas d'adéno-phlegmon d'origine purement dentaire. Quand on a incisé un véritable adéno-phlegmon (pour lequel la cause dentaire n'est donc pas en jeu), on trouve une poche à parois épaisses et au niveau desquelles on ne trouve jamais de petit point d'ostéite, même après une recherche minutieuse. Il se passe exactement le même phénomène dans la région mastoïdienne : là aussi quand on a affaire à un adéno-phlegmon, après un examen consciencieux on doit rejeter l'hypothèse d'une lésion ostéitique si l'on ne retrouve pas le point osseux dénudé.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Roy en ce qui concerne le respect que l'on doit avoir de la fibro-muqueuse périmandibulaire. Nous devons garder de ces cas-là un enseignement qui nous a déjà puissamment servi pendant la guerre et conseiller à

nos confrères de chirurgie générale de ne jamais faire de curettage étendu du maxillaire ostéitique, car on sait que cela pourrait les conduire à pratiquer des délabrements osseux absolument inutiles et par conséquent nuisibles.

Je suis heureux que M. Frey ait insisté sur cette fluxion sublinguale, qu'il a, le premier, mise en évidence, et je constate combien il y a intérêt, chaque fois que l'occasion s'en présente, à revenir sur l'opportunité de sa recherche.

Le Président. — Je remercie, au nom de la Société d'Odontologie, M. Bonnet-Roy de l'intéressante communication qu'il nous a faite. Il nous a prouvé une fois de plus la nécessité d'une collaboration étroite et constante entre les ophtalmologistes, les rhynologistes et les dentistes.

II. — Virulence du streptocoque d'origine odontopathique, par M. Mendel Joseph.

M. Mendel Joseph donne lecture de sa communication (sera publiée).

Discussion.

M. Roy. — Je n'ai pas la compétence voulue en bactériologie pour discuter les travaux si intéressants présentés par M. Mendel, mais je crois que ceux-ci trouvent une application tout à fait intéressante dans la discussion qui doit avoir lieu ce soir au sujet des relations entre les affections dentaires et les affections générales. Je pense, du reste, que c'est surtout dans ce but-là que Mendel nous apporte un document extrêmement intéressant; je me réserve d'en faire état ultérieurement dans les discussions qui pourront avoir lieu.

M. Solas. — Il y a lieu de faire ressortir toute l'importance des recherches et des résultats que vient de nous exposer notre confrère M. le Dr Mendel Joseph.

D'un côté nous sommes mis en garde par les travaux de certains de nos confrères américains qui nous disent : la dent infectée est cause de désordres locaux et généraux graves pouvant compromettre la vie de nos patients. La désinfection et l'obturation des canaux est une chimère que nous poursuivons sans jamais l'atteindre; en conclusion nous estimons que l'extraction systématique des dents suspectes doit devenir la règle dans nos interventions.

D'autre part, M. Mendel nous dit : j'ai examiné les streptocoques buccaux pris sur des dents infectées à l'état aigu ou à l'état chronique ; j'ai cultivé ces germes de façon à exalter leur virulence et j'observe que ces streptocoques sont très loin de cau-

ser sur les animaux en expérience les désordres observés par d'autres auteurs se servant de streptocoques prélevés à d'autres sources extra buccales (érysipèle, etc.).

Nous sommes donc tentés de demander aux exodontistes un sursis, si nos streptocoques buccaux sont toujours peu virulents. Sont-ils bien la cause des infections graves, des arthrites suppurées, des endocardites, etc... signalées ? Avant de priver nos patients de leurs dents, qu'on nous permette un essai loyal de traitements quitte à recourir ensuite aux mesures radicales, il était démontré que nous avons échoué.

M. le Président. — Je tiens à remercier M. Mendel Joseph, qui veut bien répondre à notre désir chaque fois que la Société d'Odontologie fait appel à lui.

III. — Présentation d'une nouvelle lampe pour projecteur dentaire, par M. Devauchelle.

M. Devauchelle donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente l'appareil (v. p. 674).

Discussion.

M. le Président. — Je remercie M. Devauchelle, au nom de la Société, et j'espère qu'il poursuivra ses expériences actuelles pour nous présenter un appareil terminé et mis au point comme il le désire.

L'ordre du jour appelle la discussion générale sur la question des infections péri-apicales et leurs rapports avec l'état général des patients. Etant donné l'heure tardive, je ne crois pas que nous puissions ouvrir une discussion générale.

Nous avons entendu d'ailleurs ce soir une communication de M. Bonnet-Roy et une autre de M. Mendel Joseph sur ce sujet ; il serait bon que *l'Odontologie* puisse les publier auparavant.

L'ajournement à la prochaine séance est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

IV. — Incidents de la pratique journalière.

A) *Moufle*, par M. Ruppe.

M. Ruppe. — Je vous ai présenté, il y a plusieurs mois, une adjonction que j'ai faite à un moufle pour essayer de reproduire en caoutchouc ce que nous avons tant de mal à obtenir, c'est-à-dire une articulation parfaite.

Monter un dentier en cire est difficile ; le reproduire en caoutchouc est encore plus difficile. Avec cet appareil j'espère supprimer les accidents du bourrage. J'avais montré cet appareil

à l'étude et vous le présente fini. Cette idée n'est pas nouvelle puisque voici un moufle, celui de White House qui est dans le catalogue d'Ash depuis longtemps ; M. Platschick a eu l'amabilité de me prêter l'exemplaire que je vous présente.

B) *Curiosité anatomique*, par M. Roy.

M. Roy. — Il y a quelques semaines, à ma consultation de la Pitié, s'est présenté un malade qui était envoyé par un confrère et qui m'a raconté ceci : J'ai perdu il y a quelques jours une dent qui m'a déterminé un abcès. Je suis allé trouver un dentiste qui m'a examiné et a dit qu'il ne pouvait rien faire, que j'avais une chose trop sérieuse et qui m'a engagé à venir vous consulter.

Ce malade qui avait 25 ans et presque toutes ses dents en assez bon état avait à la mâchoire supérieure droite, au niveau de la dent de six ans, une profonde excavation au fond de laquelle apparaissait une couronne de grosse molaire. C'était à ce niveau que la dent avait été enlevée.

Ce malade, malgré la présence des deux prémolaires, avait conservé sa seconde molaire temporaire, celle-ci étant tombée on s'est trouvé en présence de la dent de six ans qui n'avait pas fait éruption et s'était formée sous cette dent temporaire ; en arrière de cette dent se trouvent la seconde grosse molaire et la dent de sagesse. Ce malade avait présenté au moment de la chute de la dent temporaire des accidents locaux mais, quand il est venu me trouver, ces accidents étaient déjà très atténués. Je l'ai fait radiographier, j'ai eu cette radio samedi et j'ai pensé vous la soumettre parce qu'elle est intéressante. Vous remarquerez une chose que je n'avais pas vue, mais que la radiographie m'a montré : c'est que ce malade présente une malposition sensiblement identique à la mâchoire inférieure. Il a sa première grosse molaire, sa dent de sagesse en contact entre elles et, entre les deux, sous-jacente à niveau très bas sa seconde grosse molaire ; la chose est assez amusante.

C'est simplement une curiosité anatomique que je vous présente. Je dois vous dire qu'après avoir constaté la situation et étant donné que les phénomènes inflammatoires qui avaient amené la visite de ce malade dans mon service étaient très atténués, j'en ai conclu à l'abstention totale étant donné la situation de la dent. Il résulte en effet de cette position que l'extraction de cette dent de six ans supérieure, qui ne présente pas le moindre ébranlement, nécessiterait probablement l'extraction des deux molaires adjacentes en plus de celle de six ans qui ne gêne pas le malade. Je lui ai recommandé de nettoyer soigneusement cette excavation assez profonde et de venir me voir s'il y avait

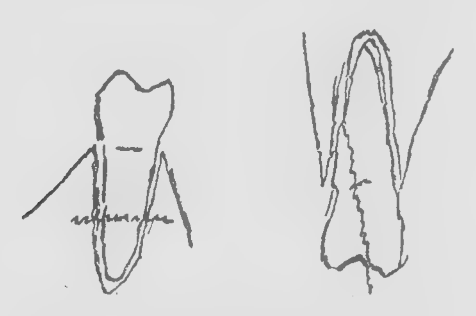
des accidents quelconques. Je crois que c'est préférable pour l'instant que de lui supprimer la mastication de ce côté par l'extraction de trois molaires. Néanmoins il faudra peut-être s'y résoudre s'il y avait des complications ultérieures; mais je crois que jusque-là il n'y a pas lieu de le faire.

J'ai rencontré un cas à peu près analogue chez un de mes malades de clientèle privée, qui est mort à 80 ans et qui avait encore au moment de sa mort une dent de douze ans qui se présentait dans les mêmes conditions que celles que je vous présente là, mais alors au ras de la gencive dans un infondibulum de la fibro-muqueuse ; cette dent était très solide, je l'ai soignée car elle avait une petite carie, mais cette dent n'a jamais évolué.

C) *Fracture dentaire*, par M. Robinet.

M. Robinet. — J'ai recours à vos conseils, me trouvant très embarrassé par un cas qui se présente à moi pour la première fois.

J'ai une malade de 49 ans à laquelle je devais faire des bridges classiques : en haut, bridge de |5 |7 ; en bas bridge de 5| 7|. J'ai dû remettre cette malade parce que l'époque des vacances est arrivée. Dans l'intervalle, bien que les dents soient absolument saines, la 2e prémolaire gauche du fond s'est cassée. Peu de temps après, 6 semaines environ, la 2e prémolaire droite inférieure se fracture également.



Trait de fracture de la 5| et |5.

A l'examen approfondi : dents absolument saines, nerfs vivants, pas la plus petite carie. Malade très bien portante depuis toujours, sauf quelques douleurs articulaires dues à un peu d'arthritisme. Antécédents normaux.

Que dois-je penser ? Que faut-il faire ? Je vous écoute.

M. Roy. — Le premier cas peut s'expliquer ; j'en ai vu de semblables, la fracture se produisant au niveau d'une petite tache de la dent, généralement dans le sillon intercuspidien. Je

ne comprends pas le second cas étant donné qu'il n'y a pas d'antagoniste.

M. G. Villain — J'ai eu une malade qui a eu une fracture comme celle-ci à la suite d'un traumatisme en chemin de fer ; la malade a ressenti un choc, pas de douleur particulière ayant suivi ; ce n'est que 6 mois après qu'elle est venue me trouver avec des phénomènes infectieux.

M. Robinet. — Ces deux cas se sont produits à 6 semaines d'intervalle à une prémolaire supérieure gauche et à une prémolaire inférieure droite. Faut-il ou ne faut-il pas faire des bridges plus grands ?

M. Roy. — La radiographie peut vous rendre quelque service. En réfléchissant je crois que c'est l'hypothèse de Georges Villain qu'il faudrait accepter : cette fracture transversale est le résultat d'un traumatisme ancien. Nous pouvons comprendre la fracture verticale, mais ne pouvons pas nous expliquer la fracture transversale. Cela ne me paraît pas possible en dehors d'un gros traumastisme.

M. Houssais. — J'ai trouvé aussi en clientèle une patiente ayant fracturé une grosse molaire inférieure complètement saine mettant ainsi la pulpe à découvert. Après traitement et reconstitution de la partie manquante j'ai adapté une couronne.

La personne avait plus de 50 ans. J'ai mis l'accident sur le compte d'une très forte calcification et d'une articulation défectueuse, portant sur les tubercules qui étaient fracturées, mais ne pourrai pas vous donner une autre cause.

D) *Anomalies dentaires*, par M. Galinos.

M. Galinos. — Un des malades que j'ai eu l'occasion de soigner présente une anomalie dentaire qui mérite d'être signalée.

Son groupe incisif supérieur se divise en deux blocs distincts soudés ensemble.

Une radiographie de ce cas original montre nettement les deux blocs formés par 2.1| et |1.2.

Toutefois 2.1| présente deux racines distinctes, les deux couronnes étant soudées ensemble et |1.2 ne semble former qu'un seul bloc, couronnes et racines soudées.

J'attire l'attention des confrères qui n'ont peut-être jamais eu l'occasion de voir de semblables cas.

La séance est levée à 11 h. 30 du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

Section d'Odontologie (14e section).

II. — *Communications écrites.*

Séance du 1er août après-midi.

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 2 heures 1/2.

Le Président fait part des excuses de MM. Blatter, Dr Chenet, Dr Frey, Dr Frison, P. Martinier, Dr Mendel-Joseph, Dr Pont, Pitot, Pailliottin, Ruppe, Dr Quintero, Touvet-Fanton.

I. — CONSTITUTION DU BUREAU.

Il invite l'assemblée à constituer son Bureau et propose pour vice-présidents, MM. Rodolphe et Thuillier, pour secrétaire-trésorier, M. Ferry et pour secrétaire-adjoint, M. Wallis-Davy.

Il espère que M. Rodolphe acceptera qu'il pose à une séance ultérieure sa candidature à la présidence du Congrès de 1922.

Les propositions du président sont mises aux voix et adoptées à mains levées à l'unanimité.

II. — ALLOCUTION DU PRÉSIDENT.

Le président prononce une allocution. Il dit en substance que les congressistes sont réunis pour travailler et non pour discourir.

Il remercie le Comité local d'avoir si bien fait les choses et les Congres istes d'être venus en si grand nombre ; il espère que tous repartiront plus instruits. Ils ont entendu à la séance solennelle d'ouverture, le matin, la voix autorisée de M. Rateau préconiser l'enseignement technique. C'est la thèse des dentistes qui a été préconisée par un membre de l'Institut, dont le discours aurait été un magnifique discours pour la séance d'ouverture de la 14e Section.

Il voudrait que les communications soient limitées à 1/4 d'heure,

afin qu'il reste du temps pour discuter les questions, dont quelques-unes demandent une discussion étendue. Afin qu'il subsiste quelque chose des travaux du Congrès, il invite les auteurs à remettre leurs manuscrits au Bureau pour l'A. F. A. S. qui malheureusement limite le nombre de pages ; mais les journaux professionnels, qui sont plus répandus, pourront les publier *in extenso*. Il les invite également à résumer leurs conclusions et prie tous les congressistes, prenant part aux discussions, à résumer leurs paroles sur des feuilles *ad hoc* qu'ils remettront au Bureau.

Devant disparaître dans quelques jours comme président pour laisser la place à un autre, il propose la nomination d'une Commission exécutive qui ferait la liaison entre deux congrès, le Comité, composé d'un petit nombre de membres, 5 par exemple, serait renouvelable par cinquième tous les ans. Il serait chargé de la publicité, de la propagande, de la formation du Comité local, de la correspondance, de l'organisation de l'exposition de fournisseurs annexée à la Section. Ce serait en somme un organe administratif qui fait défaut actuellement, car une fois le Congrès terminé, il ne reste plus rien. Le président du Congrès à venir pourrait être pris parmi les 5 membres du Comité, mais ne le serait pas obligatoirement.

Tous ceux qui ont présidé le Congrès annuel de l'A. F. A. S. savent quelle somme de travail cela représente et, de plus, il n'y a pas uniformité dans l'œuvre de préparation d'un Congrès à l'autre. Ce Comité assurerait cette continuité de but qui manque.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Il propose M. Godon pour 1 an, M. Pont pour 2 ans, M. Roy pour 3, M. G. Villain pour 4 et M. H. Villain pour 5. — Adopté.

Il ajoute que les 5 membres seraient augmentés du président élu de la Section, dans le cas présent M. Rodolphe, et ce Comité présentera un petit règlement au prochain Congrès. — Adopté.

M. Godon pense que ce Comité devrait avoir seulement voix consultative.

Le président remercie de leur présence MM. Stuart Carter, Clifford Wing et Coysh de la British Dental Association ; Dubeau et Lemieux, du Canada ; Quintin, Polus, Demoulin, Joachim, de la F. D. N. belge ; Despecher (d'Omaha, Etats-Unis d'Amérique) ; Wirion, du Luxembourg et souhaite à tous la bienvenue (*Applaudissements*).

III. — Traitement des spirochétoses buccales (pyorrhée alvéolaire) par les préparations arsenicales, par le Dr B. Kritchevsky (Paris), en collaboration avec le Dr Séguin de l'Institut Pasteur.

M. B. Kritchevsky donne lecture de sa communication (sera publiée).

Le président remercie l'auteur de son travail, mais croit préférable d'ouvrir la discussion sur l'ensemble des communications du même genre.

IV. — Quatre observations relatives a la prothèse dans le traitement de pyorrhée, par A. Beauregardt (Paris).

M. Bauregardt donne lecture de sa communication (sera publiée). *Le président* le remercie.

V. — Pyorrhée alvéolaire, par le Dr Maurice Roy (de Paris).

M. Roy fait une communication orale sur ce sujet (sera publiée), *Le président* le remercie.

Discussion.

La discussion est ouverte sur les trois communications Kritchevsky, Beauregardt et Roy.

M. Guichard. — Il existe des cas où, les arcades dentaires présentent un entre-croisement très accentué des cuspides des dents supérieures et inférieures et ne permet pas une résection suffisante pour réaliser le contact permanent des trois points gauche, droit et antérieur, ou alors ce serait au prix de la résection de la presque totalité de la couronne, ce qui exigerait la divitalisation des dents en contact. Je voudrais demander à M. Roy si dans ces cas particuliers il pratique une résection partielle ou bien s'il a alors recours à l'immobilisation par l'intermédiaire des procédés prothétiques, bridges, attelles, ligatures.

Pour ce qui est du traitement de la pyorrhée développé par M. Roy je suis le premier à admirer sa communication dont je ferai mon profit, car j'ai eu la chance de vérifier l'excellence de sa méthode de traitement par les résultats de guérison que j'ai obtenus.

M. Despecher dit que M. Roy suit des procédés fort intéressants; mais comment se sert-il de la brosse à dents, car beaucoup de brossages sont inefficaces ? Le procédé de destruction des culs-de-sac est très répandu maintenant aux Etats-Unis.

M. de Croës. — Après le très remarquable exposé que nous venons d'entendre il ne reste vraiment plus rien à dire si ce n'est quelques divergences d'opinions dans l'étiologie de la pyorrhée.

Nous voudrions pourtant que l'on sépare nettement les accidents locaux des accidents généraux. Les premiers du domaine du dentiste et secondaires aux généraux ; les autres, au contraire, d'origine générale franchement arthritique suivant les théories du

Pr Bouchard et nous serions d'avis que l'on garde aux premiers le nom de pyorrhée pour laisser aux seconds celui de polyarthrite donné par Frey et Friteau.

D'autre part, à notre avis, et sans pouvoir entrer dans des détails explicatifs trop longs vu l'heure tardive, nous voudrions diviser la polyarthrite en diathésique chez les sujets jeunes et en physiologique chez les sujets âgés, car alors elle est normale, n'étant qu'un phénomène de la décrépitude humaine. Pour confirmer notre opinion nous nous appuierons sur les travaux du Dr Marcel Baudoin qui portent sur l'étude de 160 crânes de la période préhistorique et ceux du Dr Robinson présentés par le Pr Lannelongue en 1913 à l'Académie de médecine qui montrent les rapports étroits existant entre les glandes génitales et les dents.

Mais quelle que soit la forme, décrépitude vraie ou sénilité précoce, ces accidents sont dus à des troubles de circulation par arrêt progressif de celle-ci entre la dent et l'alvéole provoqués comme l'a si bien démontré Dubois par une minéralisation excessive de ces organes.

M. Roy nous a développé d'une manière remarquable le traitement de la pyorrhée et si je partage complètement son avis sur ce point, je ne suis pas aussi affirmatif que lui quant au pronostic, car si l'accident local peut être guéri, la manifestation générale peut continuer et le cul-de-sac se reformer.

M. Godon félicite M. Roy de sa communication et approuve ses conclusions.

M. Rodolphe a souvent remarqué chez des malades la justesse des observations de M. Roy.

M. Guébel demande comment M. Roy fait ses pointes de feu.

M. Spira remarque que M. de Croës a dit que l'organisme de l'homme disparaît peu à peu; or, l'anatomie des ancêtres de l'homme montre que le processus va en s'affaiblissant.

M. B. Kritchevsky. — Je suis d'accord avec le Dr Roy au point de vue de sa conception du traitement chirurgical de la pyorrhée alvéolaire, et d'ailleurs nous avons brièvement indiqué dans notre travail la nécessité de ces procédés. Mais sur la cause de la pyorrhée alvéolaire nous différons: pour nous l'état général n'est qu'un terrain favorable pour développement de l'infection fuso-spirillaire, la pyorrhée alvéolaire est une spirochètose chronique.

J'ai vu dans l'hôpital des maladies vénériennes sur 300 malades parmi lesquels un certain nombre avec pyorrhée alvéolaire, la maladie guérie et améliorée seulement par l'injection de 914.

M. Beauregardt. — Je crois devoir dissiper une équivoque. M. Roy m'a prêté l'intention d'opposer la méthode amovible à

la méthode fixe. Je crois celle-ci supérieure, mais étant donné, d'une part, l'évolution des lésions à des époques différentes, d'autre part, la nécessité de remplacer des dents absentes, ce qui peut nous obliger à nous servir de selles, et enfin les complications toujours possibles, la méthode amovible me semble plus judicieuse. Je la réserve plus spécialement pour les groupes de molaires.

M. B. Kritchevsky ajoute que, si le malade ne se nettoie pas la bouche, il faut détruire ses spirochètes.

Le président estime qu'il faut retenir de la communication Kritchevsky la méthode préventive qu'il préconise chez les syphilitiques, qui vient en aide au traitement.

M. Beauregardt a préconisé l'immobilisation en se servant d'appareils amovibles. Cela est paradoxal, car, lorsque considérant la pyorrhée alvéolaire comme une arthrite, on en est arrivé à immobiliser les dents atteintes, c'est une immobilisation permanente qu'on doit chercher à réaliser. Au cas où, ce qui est de bonne précaution, on veut se réserver la possibilité d'immobiliser, le cas échéant, les dents non comprises dans le dispositif d'immobilisation, il faut évidemment assurer le retrait facile du dispositif fixé sur les premières dents atteintes, pour le compléter, afin d'y fixer les nouvelles dents qu'on veut immobiliser. Mais alors l'appareil ne doit être amovible que pour le dentiste. Il faut faire dans ce cas des bridges amovo-inamovibles.

M. G. Villain tient à souligner quelques points du rapport de M. Roy.

La résection du bourrelet gingival formant cul-de-sac permet de créer un large espace interdentaire, qui permet, à son tour, le drainage des parcelles alimentaires incluses dans les espaces. C'est donc une bonne pratique.

Les conditions d'équilibre mécanique sont absolument nécessaires ; on peut d'ailleurs les rétablir par divers moyens.

Reste la question de responsabilité. Les praticiens sont toujours responsables et doivent donner à leurs malades les indications nécessaires, notamment pour se brosser les dents. Le dentiste qui ne fait pas un nettoyage minutieux et ne prescrit pas à son patient les soins nécessaires est fautif. Partisan du savonnage des dents, il pense qu'il faut employer deux brosses à dent : une pour le savon, l'autre pour l'eau, afin d'éviter le ramollissement de la brosse dure, destinée au nettoyage mécanique des dents. Le brossage doit d'ailleurs être enseigné à chaque patient par le dentiste.

M. Roy dit que en ce qui concerne le meulage pour rétablissement de l'équilibre articulaire des dents, il ne faut pas oublier qu'on se trouve en présence de dents avec pulpe bien calcifiée et

qu'on peut par conséquent meuler très largement ; il n'hésiterait pas à dévitaliser des dents si cela était nécessaire.

Il faut que l'équilibre de la mâchoire ne se fasse plus sur une seule dent dans aucun mouvement, sinon celle-ci s'ébranlerait, parce qu'elle supporterait un effort trop considérable ; il faut au moins trois points d'équilibre dans tous les mouvements.

L'ignipuncture se fait au rouge vif et parallèlement à la direction de la racine, il y a avantage à procéder par étape.

Il n'a rien à ajouter à ce que M. G. Villain a dit à M. Beauregardt. On peut faire des bridges amovibles, mais il ne faut pas que le malade les enlève.

M. de Croës a parlé de l'étiologie. Qu'il s'agisse de polyarthrite ou de pyorrhée, c'est un nom général. On peut guérir toutes les pyorrhées si on les prend suffisamment à temps. Souvent le malade paraît guéri, mais il ne l'est pas en réalité si l'état général persiste ; mais il faut savoir que la cause générale de la pyorrhée agit très lentement si elle agit seule sans l'adjonction des causes locales, et les dents, dans ce cas, peuvent rester solides quoique avec une forte résorption gingivo-alvéolaire. M. de Croës a raison en disant que le dentiste doit adresser le patient à son médecin. Il considère la pyorrhée comme une chose fatale dans la vieillesse, mais il faut bien dire que cette vieillesse pourra être plus ou moins précoce sur les dents et que nombre de vieillards n'ont pas de pyorrhée. L'évolution peut, en outre, être grandement précipitée par des troubles pathologiques locaux.

Quant à la brosse à dents, c'est un gros facteur, sur lequel M. Roy insiste tout particulièrement, car c'est grâce à son emploi régulier et judicieux qu'on peut obtenir une guérison durable ; on peut faire beaucoup avec une brosse ordinaire dure, en brossant toutes les faces de la dent.

Il n'est pas d'accord avec M. Kritchevsky sur la spirochètose, parce que jusqu'à présent cela n'a pas été prouvé. Dans la pyorrhée il n'y a ni lésion nécrotique ni lésion gangréneuse ce qui est la caractéristique des infections par le spirochète, de l'aveu même de M. Kritchevsky.

Le président propose de mettre la question de la brosse à dents à l'ordre du jour du Congrès de Montpellier. — Adopté.

La séance est levée à 6 heures et demie.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

(F. D. I.)

La réunion de La Haye.

On sait que la F. D. I. n'a plus fonctionné depuis la session de Londres tenue du 3 au 8 août 1914, en même temps que le Congrès dentaire international On sait aussi le rôle mondial considérable joué par cet organisme, qui compte 21 ans d'existence, en matière de réglementation des études et diplômes dentaires, en matière d'hygiène dentaire scolaire, militaire, navale et publique dans divers pays, en matière de relations professionnelles internationales facilitant l'échange des idées et la diffusion du progrès.

Sur l'initiative des plus louables de nos confrères hollandais, qui ont estimé avec raison que cette vaste organisation, comptant des représentants de vingt-six pays, devait continuer son action si efficace, le président et le secrétaire général, Dr Brophy (Chicago) et Dr Aguilar (Madrid), ont convoqué à La Haye, pour les 23 et 24 septembre, le Bureau et le Conseil exécutif, dans une réunion n'ayant pas de caractère officiel, pour que chacun des membres fît connaître son opinion sur la nécessité et l'opportunité de reprendre les sessions régulières annuelles.

La Haye convenait admirablement pour cette assemblée préparatoire consultative ; n'est-ce pas en effet dans cette élégante capitale que se dresse le Palais de la Paix, dont la haute tour domine toute la région !

L'appel fut entendu : dix-huit délégués, venant de sept nations différentes (Belgique, Danemark, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, France, Hollande, Italie), se réunirent pendant deux jours, dans le magnifique hôtel de la Société littéraire néerlandaise, situé sur le Plein, la plus belle place de la ville. Disons tout de suite, en attendant que nous publiions le compte rendu officiel de ces réunions, que l'accord se fit immédiatement sur l'utilité de la continuation de l'œuvre de la F. D. I. Deux autres décisions importantes furent prises : la fixation de la prochaine session régulière à Madrid, en septembre 1922 et l'acceptation, pour la soumettre à cette session, d'une invitation de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, du Maire, du Comité de l'Exposition de Philadelphie, et des Sociétés odontologiques de cette ville à tenir le prochain Congrès dentaire international dans cette ville en 1926, à l'occasion de la célébration du 150e anniversaire de l'indépendance de l'Amérique.

L'assemblée s'est occupée également du règlement des cotisa-

tions, de la création de nouvelles commissions, de la reconstitution des Commissions existantes, enfin de diverses autres questions, et les décisions provisoires qu'elle a prises seront présentées pour ratification au Conseil exécutif, à Madrid.

Ces réunions de La Haye, qui ont eu lieu dans le calme le plus parfait, la confraternité la plus cordiale et la sérénité la plus pure, sont d'une portée capitale, qui n'échappera à aucun de ceux qui ont suivi de près l'œuvre de la F. D. I. dans le passé. Ajoutons que nous devons un tribut particulier de reconnaissance à nos confrères des trois sociétés dentaires hollandaises pour avoir provoqué cette consultation, pour nous avoir réservé un accueil des plus sympathiques et des plus aimables, enfin pour nous avoir offert une hospitalité vraiment touchante et avoir eu pour leurs hôtes des attentions qui nous sont allées au cœur. Nous les en remercions avec émotion.



Visite au Centre Documentaire de la F. D. I.

A l'issue de la réunion de La Haye, une délégation composée de M. le Dr Godon, président d'honneur de la F. D. I., M. Blatter, président de la F. D. N. française, Dr Chiavaro, président de la F. D. N. italienne et Guerini, s'est rendue à Bruxelles, au Palais Mondial, pour visiter les collections réunies dans ce local par la Commission de bibliographie et de documentation. Ces collections, mises pendant l'occupation sous la protection des ministres d'Amérique et d'Espagne, n'ont pas subi les atteintes de la guerre.

Sous la conduite de M. Paul Otlet, l'un des secrétaires généraux du Centre International, et de M. Emile Huet, président de la Commission, les délégués ont pu se rendre compte des travaux que la Commission avait effectués et des résultats sur lesquels elle portait ses efforts. Des réalisations pratiques, obtenues dans d'autres branches du savoir, servaient d'exemples à la démonstration.

Partant du principe que l'avancement de la science est la résultante d'une immense collaboration et que des résultats effectifs ne peuvent être obtenus que grâce à l'appui d'une autorité morale s'étendant dans tous les pays, la F. D. I. apparut comme l'organisme tout désigné pour instituer les méthodes documentaires indispensables.

2e CONGRÈS DES PRATICIENS DE L'ART DENTAIRE EN BELGIQUE

(*Liége, 1er et 2 octobre* 1921).

Après une réception des plus brillantes et des plus cordiales comme nos amis belges savent le faire, le 2e Congrès professionnel belge ouvrit ses séances au Continental le samedi matin dès 8 heures sous la présidence de M. le Dr Watry, assisté de M. le Dr Polus, secrétaire, et de MM. O. Cerf, Sasserath, Zeckendorf et de Bel du Comité local d'organisation.

Avant de parler du Congrès proprement dit, il nous est agréable d'adresser des félicitations au Comité local pour l'admirable organisation des réceptions, représentations et excursions qui ont égayé un peu les questions traitées au Congrès. Une centaine de confrères assistèrent au Congrès.

La réception intime de vendredi soir au Continental fut charmante dans cette salle mauresque, il est vrai que l'accueil de nos confrères liégeois, empreint de la cordialité légendaire du pays wallon, y contribua pour beaucoup.

Entre les toasts comme on sait les faire en Belgique, des artistes de talent nous tinrent sous leurs charmes et quelques Carabins, de l'Association des Etudiants en médecine, amusèrent longuement l'assistance par des monologues et des chansons estudiantinces. Une quête faite au profit de l'Œuvre des Convalescents rapporta une centaine de francs.

La 1re question traitée au Congrès fut la coopération pour laquelle M. O. Cerf exposa en détail la conception belge sur l'organisation et le fonctionnement pratique d'une Coopérative d'achats de fournitures et de fabrication ; puis on parla un peu des rapports avec les employés. M. Blatter exposa le fonctionnement de no re Coopérative, différente de la Coopérative belge.

M. le Dr Watry aborda ensuite l'*Entente intersyndicale* et insista surtout sur la suppression préalable, pour y arriver, de toutes les questions qui pourraient diviser. Après une longue discussion on se sépara pour reprendre à 2 heures la séance sur les rapports avec le public, puis l'hygiène dentaire dans les écoles et les rapports avec le personnel. Enfin, question brûlante, on parla longuement de l'exercice illégal et on étudia les remèdes qui, d'après M. le Dr Watry, semblent être, devant l'impuissance des pouvoirs publics, d'agir nous-mêmes en faisant l'éducation de la population en tirant profit de la nouvelle législation sur les stupéfiants.

Après avoir clos les discussions et renvoyé au lendemain l'adoption des vœux, les congressistes se rendirent à l'Hôtel de Ville où le bourgmestre Digueffe, assisté de deux échevins et de tous les conseillers municipaux, de l'inspecteur de l'enseignement et de l'inspecteur des services pharmaceutiques, offrit un vin d'honneur en prononçant des paroles aimables pour chaque délégué étranger.

Et comme tout travail appelle un délassement réparateur tous les congressistes se retrouvaient le soir à 8 heures au théâtre du Trocadéro à une soirée de bienfaisance au profit de l'Œuvre des Convalescents.

Après avoir applaudi longuement les artistes dans *Gringoire*, dans *Bèle mère et méd'cin*, un hilarant vaudeville en langue wallonne et dans une revue mordante en un acte, de M. Watry, jouée en costumes très antiques sur des airs très modernes, qui houspilla copieusement les parasites de la profession, chacun se retira pour assister le lendemain matin à la séance de clôture du Congrès.

La journée de dimanche ne fut pas moins remplie. Elle débuta par une séance plénière qui résuma les dispositions générales prises à la suite des discussions des différentes séances du Congrès dans le vœu suivant :

« Le Congrès émet la résolution de créer un bureau permanent d'études intersyndicales ayant pour but de centraliser l'activité syndicale professionnelle dans les pays en relations cordiales. »

Cette activité s'applique en premier lieu à la réalisation des programmes établis en matière de coopération, de relations professionnelles et d'éducation du public en hygiène dentaire.

Sont délégués pour organiser ce bureau : MM. Watry et Quintin (Belgique), Bonnard et Blatter (France), Pauly (Grand-Duché de Luxembourg) et Van Hasselt (Hollande).

A 11 heures, dans la salle du Pathé-Palace, M. le Dr Watry donnait une conférence instructive, agrémentée de films documentaires édités en Angleterre, notamment le film Cunningham.

Cette conférence, suivie par une assistance nombreuse, fut très applaudie.

L'après-midi, les congressistes se rendirent en excursion au fort de Loncin où ils furent reçus par M. Gabriel, inspecteur principal du génie, qui leur retraça la tragique épopée des glorieux défenseurs. Le produit d'une collecte faite au fort même parmi les excursionnistes fut remis à la caisse de l'œuvre d'assistance aux veuves et orphelins de la guerre.

Le soir, à 8 heures, un banquet réunissait au restaurant Continental, les congressistes au nombre d'une soixantaine.

A l'heure des toasts, M. Watry, président du congrès, se réjouit

de la pleine réussite du Congrès et lève son verre à la santé des dames et des délégués étrangers. M. Bonnard, au nom du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, M. Blatter, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la Fédération dentaire nationale française, M. Cohen, au nom du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, prirent la parole pour les dentistes français. M. Decker, délégué du Grand-Duché de Luxembourg, dit l'effort de ses compatriotes dans les questions professionnelles, M. Van Hasselt, délégué des Pays-Bas, et M. Guerini, délégué italien, protestèrent également des sympathies de leurs compatriotes.

Une quête faite au banquet pour l'*Aide Confraternelle* rapporta la somme de 368 francs, dont 100 francs remis par M. Decker au nom des dentistes du Luxembourg. Cette somme fut versée à M. Blatter pour l'*Aide Confraternelle.*

Le lundi matin, à 8 h. 1/2, quatre auto-cars emmenaient les congressistes en excursion à Spa, Francor Champs, où un lunch fut servi par d'anciennes martyres des Allemands, puis à Malmédy et dans la région de l'ancienne frontière belge allemande, pays annexé maintenant à la Belgique. Ce voyage par la vallée de la Warche et le grand plateau désert où fut édifiée la baraque Michel fut impressionnant, malgré un temps gris, et le retour s'effectua par Jalkan, Dolhain, Verviers et Liége.

Notons tout spécialement l'accueil si cordial qui nous fut fait à l'établissement thermal de Spa par M. le docteur Guillaume qui nous fit une courte, mais documentée conférence sur Spa, ses eaux, ses bains, suivie de la visite d'un établissement merveilleusement installé, pourvu de tout le confort moderne, tant pour les bains carbo-gazeux que pour les bains de boue. Enfin à la sortie de Spa nous allâmes en pieux pèlerinage déposer une couronne sur le monument élevé à la mémoire de notre confrère Hesse, de Spa, lâchement fusillé par les Allemands qui, par un raffinement de cruauté, firent, comme par hasard, arriver, deux heures après la mort, la grâce signée par l'empereur Guillaume à la suite d'une démarche faite par les confrères luxembourgeois.

Il serait ingrat de terminer ce compte rendu sans rendre hommage à la réception si chaleureuse, réservée aux délégués français dans cette ville charmante de Liége par nos confrères belges avec une mention toute spéciale, au nom des dames françaises, pour M. et Mme Sasserath et M. O. Cerf qui furent leurs aimables cicerones.

Le congrès fut trop court ; d'ailleurs il en est toujours de même des manifestations professionnelles en Belgique, on y est si bien reçu, on s'y sent si bien chez soi. Comme l'a si bien dit

M. Quintin il y a quelques mois au banquet de nos légionnaires, il n'y a plus de frontière entre la France et la Belgique ; et pourquoi y aurait-il une frontière puisque le même sang coule dans nos veines, ce sang qui, répandu si généreusement en commun se mélangea dans les ornières et les tranchées boueuses de l'Yser pour la défense du droit et de la justice !

Nous appartenons à deux peuples de même origine, de même race, de même langue, de mêmes mœurs, nous sommes, unis par les mêmes intérêts, dont les liens d'alliance pour la défense de de notre sol contre l'envahisseur ont été scellés pendant quatre ans sur de glorieux champs de bataille.

Aussi en entrant dans ce beau pays si actif et si laborieux me suis-je rappelé, — pourrait-on l'oublier ? — l'accueil si cordial qui me fut fait en 1910 lors du Congrès national où j'allais en Belgique pour la première fois et j'ai senti de nouveau en me trouvant au milieu de confrères si hospitaliers, que je n'étais pas seulement parmi des confrères, mais parmi des amis, parmi des frères.

Frères ! nous le sommes depuis la grande guerre.

Rien n'est plus utile, plus fructueux que ces entrevues, ces entretiens répétés, ils ne profitent pas uniquement à l'amitié, aux relations professionnelles, aux échanges de vues et d'idées, ils servent également, comme nous venons de le voir pendant les deux journées de travail intensif du congrès, au progrès professionnel, à l'accomplissement correct de notre mission par la stricte observation de nos devoirs, à la défense de nos droits et de nos intérêts professionnels, souvent lésés. C'est encore là la lutte du droit et de la justice et c'est le but ultime que nous devons poursuivre sans cesse parce qu'il contribue non seulement au développement et au perfectionnement de notre art et de notre science, mais aussi au soulagement de l'humanité souffrante. Cette tâche est noble, consacrons-y tous nos efforts, elle porte en elle-même sa récompense et, en l'accomplissant avec conscience et compétence nous rendrons à la collectivité le maximum de services, gagnant ainsi la considération avec la satisfaction du devoir accompli.

V. E. MIÉGEVILLE,
délégué de l'A. G. S. D. F.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE

25e Anniversaire de la fondation

12, 13, 14 *et* 15 *novembre* 1921.

PROGRAMME

Samedi 12 *novembre*. — 16 heures : Ouverture de l'Exposition des fabricants ; 20 h. 30 : *Salons Stielen*, rue de l'Evêque, 25-29, Réception intime. (Tenue de ville).

Dimanche 13 *novembre*. — 10 heures : Ouverture officielle des réunions. — Discours du Président. — Rapport du Secrétaire.

14 h. 30, Communications : Dr Roy (Paris) : Les troubles pulpaires dans la pyorrhée.

M. H. Léger-Dorez (Paris) : Bagues fendues (démonstration et exécution d'une bague fendue en cire).

16 h. 30 : Démonstrations des exposants.

20 heures : Banquet, *Restaurant Stielen*. (Tenue de soirée).

Lundi 14 *novembre*. — 9 heures : Communications :

M. Nord (La Haye) : Considérations orthodontiques.

M. F. Fabret (Nice) : Le nouveau gazotherme.

M. Paul Housset (Paris) : Présentation d'un appareil à tendeur et d'un bridge amovible à selle articulée.

Dr Watry (Anvers) : Les sequelles dentaires de l'intoxication par les gaz de combat.

12 h. 30 : Lunch.

14 h. 30, au *Trocadéro* : Conférence du Dr J. L. Faure (Paris), « L'art et l'esprit du chirurgien » (organisée par Bruxelles-Médical).

15 heures, Communications : M. Rosenthal (Bruxelles) : Sujet réservé.

Dr J. Polus (Bruxelles) : La radiographie dans le traitement des canaux et dans la résection apicale.

20 heures : Représentation de Gala à la Monnaie, organisée par Bruxelles-Médical, *Fidelio*. (Tenue de soirée).

Mardi 15 *novembre*. — 9 heures, Démonstrations :

Dr Roy (Paris) : Le rétablissement de l'équilibre articulaire chez les pyorrhéiques.

M. G. Villain (Paris) : Sujet réservé.

M. Léger Dorez (Paris) : Appareil plus voyant et éclairage de têtière. Meuble dentaire H. L. D. pour tayloriser le travail de la bouche. Support mobile pour moteurs à fraiser.

M. Fabret (Nice) : Le Gazotherme.

Dr J. Polus (Bruxelles) : Obturations des canaux avec contrôle radiographique.

17 heures, Réception à l'Hôtel de Ville (en participation avec Bruxelles-Médical).

Nota. — Les réunions se tiendront à l'*Ecole dentaire Belge*, 166, chaussée d'Etterbeek, Bruxelles.

Le Secrétaire,
L. Demoulin, 15, Avenue Fonsny, Bruxelles.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Georges Bouvry, du Mans, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa mère, survenue le 1er octobre, à l'âge de 72 ans.

Nous lui adressons nos condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Nous relevons avec plaisir dans le *Journal officiel* du 14 octobre 1921 la nomination de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère M. Lemaire, diplômé de l'E. D. P. en juillet 1897 et qui a obtenu le prix de prothèse à la fin de sa 3e année d'études (1896-1897).

Nous reproduisons très volontiers la mention accompagnant cette distinction.

Lemaire (Hector-Alphonse), chirurgien-dentiste à Paris. Titres exceptionnels : a assuré pendant près de quatre ans à l'hôpital Chaptal, dans le service de chirurgie maxillo-faciale, les fonctions de chef de prothèse avec un dévouement, une compétence et une autorité dignes d'éloges.

Nous adressons à notre confrère nos sincères félicitations.

Association odontologique bulgare. — Nous apprenons l'existence d'une Association odontologique bulgare avec un organe

officiel, la Revue odontologique (*Zubolek..rski Pregled*), dont le siège est 15, rue Légu', à Sofia.

Naissances. — M. Albert Bouland, élève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris, et Mme Bouland, nous font part de la naissance de leur fille Eliane.

M. Emile Sauvanet, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Sauvanet, d'Issoudun, nous font part de la naissance de leur fils Maurice.

Notre confrère M. Dupontreué, membre du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, et Mme Dupontreué nous font part de la naissance d'un fils.

Nous leur adressons nos félicitations.

Fiançailles. — Nous apprenons les fiançailles de M. Lucien Marsat, élève à l'Ecole dentaire de Paris, fils de notre confrère de Rouen, M. le Dr Marsat, avec Mlle Marcelle Bénard.

Nos félicitations aux jeunes fiancés.

Mariages. — Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de notre confrère M. Paul Amoy, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, décoré de la croix de guerre, avec Mlle Suzanne Devoucoux, fille de notre confrère M. Georges Devoucoux, célébré le 18 octobre.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

2e Congrès odontologique mexicain. — Par suite de difficultés survenues au dernier moment, qui rendaient impossible la tenue de ce Congrès fin septembre, date pour laquelle il avait été annoncé, la F. D. N. mexicaine en a ajourné la réunion, sans en fixer la date.

41e ANNÉE. N° 11 30 NOVEMBRE 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

RAPPORT SUR LES INFECTIONS PÉRI-APICALES ET LEURS RELATIONS AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES

Par Paul HOUSSET,

Démonstrateur à l Ecole dentaire de Paris.

Présenté au Congrès de Rouen, août 1921.

(Suite.)

III

Le foyer infectieux et l'état général.

En Amérique, la plupart des auteurs admettent la corrélation entre le foyer péri-apical chronique et certaines maladies générales. Certains auteurs sont d'une opinion qui paraît être très exagérée ; les autres, les plus modérés, ceux que l'on peut ranger parmi les conservateurs et qui ne présentent l'avulsion de la dent que comme la dernière ressource, croient cependant au retentissement possible sur l'état général. Nous connaissons les controverses entre Novitzky et Rhein, entre Cotton et Mills, neurologistes, entre les frères Mayo, Hartzell, Price, Hyatt, Duke d'une part et Peters, Howe, Brophy, etc., d'autre part.

En France certains auteurs, sans nier ce rapport, pensent qu'il est exceptionnel ; d'autres paraissent d'un avis contraire ; parmi les uns comme parmi les autres se trouvent des maîtres de notre science et c'est dire tout l'intérêt de cette question.

Il est évident que rien d'absolument probant, aucune

expérience de laboratoire décisive, aucun ensemble de faits cliniques, ne permet de présenter à l'heure actuelle un foyer infectieux chronique péri-apical comme facteur causal de certaines maladies.

On ne peut cependant écarter, à priori, cette idée : la moindre porte d'entrée dans l'organisme permet l'infection et si la zone d'absorption d'un alvéole est peu étendue comparativement à celle d'un intestin, d'un urèthre ou même d'une amygdale qui peuvent provoquer des infections métastatiques, elle n'en existe pas moins, et les lois pathologiques lui sont applicables comme aux autres organes, toutes proportions gardées.

Notre maître en bactériologie, le Dr Mendel-Joseph, poursuit des recherches qui contribueront à élucider la question.

Le Dr Dor cite des cas d'affections oculaires provoquées par des foyers infectieux péri-apexiens.

Le Dr J. Tellier écrit, dans ses remarquables études : « que la relation des foyers infectieux péri-apicaux et des maladies infectieuses est encore une hypothèse, elle n'est pas scientifiquement démontrée, mais elle est appuyée sur de nombreux faits ».

Et d'autre part :

« Il est bien certain qu'il ne peut pas être question de la suppression radicale systématique des foyers infectieux par le sacrifice de l'organe malade dans tous les cas, mais la conservation à tout prix n'est plus un dogme intangible. »

Le Dr Lagrange prétend que, dans les pulpectomies, il est impossible de ne pas compter avec l'infection et dans ses conclusions je relève le passage suivant :

« Le traitement institué doit être aussi peu conservateur que possible » ; et plus loin : « La dentisterie doit cesser d'être conservatrice, la dévitalisation des dents saines devant être considérée comme une chose extrêmement grave ; seule la dentisterie préventive devrait être la préoccupation des praticiens vraiment sérieux. »

J'ai trouvé d'autres opinions contraires où il était admis

que la pulpectomie est une intervention facile, mais je suis dans l'obligation de limiter mon texte.

Cependant, je citerai encore la publication des D[rs] Watton et Aimes (de Montpellier) et enfin les travaux de M. Hulin, présentés à la Société d'Odontologie en mai 1921, reprenant en la modifiant la technique de Rosenow.

Les expériences d'identification et de localisation élective de bactéries (variétés de streptocoques) contenues dans des dents infectées paraissent très intéressantes et nous espérons que ces travaux seront continués.

Les voies de pénétration dans l'organisme des micro-organismes et toxines provenant des foyers péri-apexiens seraient les suivantes d'après les auteurs américains :

Voies lymphatiques.

Torrent circulatoire et nerfs dans quelques cas pour certains virus.

On cite aussi les capillaires des capsules fibreuses de granulome.

Pour résumer, on peut admettre que les foyers infectieux péri-apexiens chroniques peuvent, dans certains cas, avoir un retentissement d'ordre général. Dans ce cas doivent intervenir vraisemblablement et la virulence du microbe et l'état du terrain, celui-ci étant variable dans les différents organismes et dans le même organisme selon l'état de déficience.

Pour nous dentistes, il semble que la question est très nette : il nous faut dans tous les cas et par tous les moyens arriver à supprimer le foyer infectieux péri-apical même s'il était prouvé que celui-ci n'eût aucun rapport avec l'état général.

Cette proposition ne conduit nullement aux exagérations des exodontistes et elle nous fait reprendre la claire formule de M. Georges Villain : « Conservons les dents, mais supprimons les foyers infectieux ».

Pourrons-nous toujours conserver les dents ? Nous le pourrons d'autant plus fréquemment que nous perfectionnerons nos méthodes. Mais il faut admettre, avec nos maî-

tres français et de nombreux auteurs américains, qu'il y a « nécessité de traiter chaque cas d'infection buccale chronique comme une menace directe à la santé de l'individu » (Dr Roy); « que s'il est possible de guérir les dents infectées, c'est une chose extrêmement difficile et cherchons les méthodes toujours plus parfaites » (Dr Mendel-Joseph).

Je suis donc conduit à examiner le traitement des canaux et des foyers péri-apicaux.

TROISIÈME PARTIE

a) *Traitement des canaux des dents infectées.*

Le titre « traitement du canal » est à l'heure actuelle insuffisant. Il faut, dans une dent infectée, porter l'action thérapeutique sur le *canal*, sur les *canalicules*, sur le *péri-apex*.

Dans tous les cas de dent infectée, une radiographie doit être prise, un film de préférence, et si la dent est multiradiculée il faut avoir toutes les racines, et par conséquent deux films sont nécessaires. Des radios pourront être prises en cours de traitement et la dernière un certain temps après l'obturation du canal, pour vérification.

L'examen clinique sera soigneusement fait, percussion libre axiale et transversale, mobilité, palpation, percussion avec le doigt au niveau de l'apex, recherche du signe de Crane. (On prend une boulette de ouate dans les précelles, on appuie au niveau de l'apex ; en cas de destruction osseuse marquée il se produit une sorte de dépression assez durable, comparable au godet de l'œdème). Interrogatoire du malade en insistant sur les symptômes passagers, les périodes plus ou moins fugaces où la dent manifeste sa présence, et les traitements précédents ; bref, élaboration d'une histoire clinique précise.

Avec ces deux éléments, histoire clinique et radiographie, auxquels pourrait venir s'ajouter un examen bactériologique, le diagnostic est alors établi.

On se souviendra qu'il peut y avoir infection sans aréole

péri-apicale visible, même dans les cas où il n'existe pas de fistule. Le pronostic paraît être d'ailleurs favorable. De même il faut bien déterminer la nature d'une aréole constatée et voir si elle n'est pas causée par un traumatisme ou si un précédent traitement bien fait ne l'a pas rendue stérile. Mais le plus fréquemment l'aréole existe et l'état dans lequel on trouve les canaux ne laisse pas de doute sur sa nature. On doit toujours vérifier, sinon refaire, le traitement d'une dent que l'on n'a pas traitée soi-même avant de faire une obturation.

Le diagnostic de l'aréole infectieuse péri-apicale étant établi, on cherche dans quelle classe il faut situer cette aréole, prenant les indications suivantes comme guide :

Classe I (aréole circonscrite).

Groupe I.

Aréole circonscrite, peu étendue, contours assez nets.

Apex paraissant intact.

Ligament non atteint.

Symptômes cliniques inexistants ou d'intensité moyenne.

Le pronostic est favorable et le traitement par voie radiculaire est entrepris.

Groupe II.

Aréole circonscrite de petite surface.

Lésion du ligament mais peu étendue.

Apex intact.

Mêmes symptômes cliniques.

Pronostic assez favorable.

Traitement par voie radiculaire.

Groupe III.

Même cas, mais l'*apex est érodé*. On peut appliquer le traitement par voie radiculaire ; mais il faut, *en cas d'insuccès*, en venir *rapidement* au traitement chirurgical, curettage ou résection.

CLASSE II (*aréole diffuse*).

Groupe I.

Aréole diffuse, anfractueuse, peu étendue.

Apex intact.

Ligament non atteint ou peu atteint.

Tenter le traitement par voie radiculaire, mais si les signes cliniques ne disparaissent pas *rapidement*, si les mèches ne sont pas rapidement stériles, en venir à la méthode chirurgicale.

Groupe II.

Aréole anfractueuse, étendue.

Apex et ligament atteints.

Symptômes cliniques nets.

Tout de suite pratiquer le curettage et la résection.

Groupe III.

Même cas, mais le ligament est atteint sur toute sa hauteur.

Pronostic très défavorable.

L'extraction semble indiquée.

Groupe IV.

Complication de siège. Racine plongeant dans le sinus par exemple (avulsion).

Le tableau précédent n'est évidemment pas absolu. Il faut également considérer le terrain ; un bon terrain n'empêche pas toujours les complications, mais un mauvais terrain doit toujours les faire prévoir.

Les maladies infectieuses profondes, par exemple la tuberculose, les grandes diathèses : albuminurie, diabète, arthritisme, etc... ont des contre-indications à observer au point de vue traitement des dents infectées.

Il faut considérer le siège de la dent : *pour une dent de sagesse* les conditions sont assez différentes et si l'on n'a pas un *intérêt prothétique* à tenter de conserver la dent, il faut être dans ce cas plutôt exodontiste.

L'état général de la bouche peut également importer ; *le*

siège, non plus de la dent, mais *celui de la carie n'importe pas,* car il ne faut jamais hésiter à ouvrir largement, à créer la voie d'accès la plus facile, même *si cela conduit à la résection presque complète de la couronne.*

Si le traitement par la voie radiculaire échoue et si l'on décide alors ou si l'on a décidé à priori le traitement chirurgical par voie transalvéolaire, les contre-indications de celui-ci sont à respecter. Si elles sont nettes, la conservation de l'organe infecté devient très douteuse : il faut considérer la dent comme perdue.

Je ne cite que pour mémoire l'avulsion suivie de réimplantation.

b) Traitement par voie radiculaire.

« On ne guérit pas avec un médicament, avec un procédé ; on guérit avec un traitement, c'est-à-dire un ensemble de médications, de procédés thérapeutiques qui viennent agir concurremment et amener la guérison du sujet que l'on traite (Dr M. Roy).

Nous pouvons appliquer minutieusement les méthodes que nous connaissons, les méthodes classiques que le Dr Roy a reprises récemment et que l'on trouve également fort bien exposées et très complètement dans la thèse du Dr Octave Bornand (traitement des dents infectées et de leurs complications infectieuses péri-apicales). M. Lubetzki a très clairement indiqué dans l'*Odontologie* les techniques usuelles de l'obturation radiculaire.

Il faut repérer les orifices des canaux. Pour ceux qui sont étroits, les procédés à l'acide sulfurique, à l'iode (Darcissac) sont excellents. La transillumination est très utile. La préparation mécanique (tire-nerfs, broches de Kerr, forets de Beutelroch) doit être prudemment employée. Il suffit d'examiner de nombreuses racines extraites et de tenter d'aléser leur canal pour comprendre que l'on doit être très circonspect avec les moyens mécaniques. Ils ont peut-être d'autre part un rôle néfaste envers les canalicules en en obturant l'orifice (P. Howe). L'élargissement du canal par la méthode

de Callahan (acide sulfurique) donne de bons résultats. Il faut neutraliser soigneusement. Celles de Czymondy, celle de Schreuer sont à utiliser.

Pour résumer :

1er temps : *Préparation mécanique prudente,* dans les prémolaires et molaires surtout ;

2e temps : *Préparation chimique* (Acide sulfurique et neutralisation) ;

3e temps : *Mèches* (Médicaments à base de formol). *Traitement argentique* dans les cas de racines, exception faite de certaines racines antérieures.

4e temps : *Obturation* (Pâte antiseptique. Tige métallique souple restant à demeure et permettant une meilleure obturation).

Il est en effet très difficile, même en lubrifiant avec une essence les parois du canal, d'obturer complètement avec une pâte. La radiographie le démontre. D'autre part, la pâte se rétracte en séchant, d'autant plus qu'elle était plus liquide. La tige métallique (plomb, étain, aluminium) diminue cette rétractation et conduit la pâte plus au fond. La pâte de Robin colorée, ce qui est un avantage, mais ne colorant pas le tissu, ce qui est un avantage plus grand, me semble réunir le maximum de qualités.

Il faut proscrire les matières putrescibles : coton, gutta, amiante, ciments, etc.

Parmi les médicaments, il nous faut choisir ceux qui ont un pouvoir de pénétration intense : le nitrate d'argent est un de ceux-ci. Le formol et ses dérivés ont le même pouvoir. (Essais de M. Miégeville sur le pouvoir de pénétration du formo-thymol.)

Employons les méthodes habituelles pour agir dans le canal et le péri-apex, et complétons-les en agissant le plus loin possible dans l'épaisseur du tissu dentinaire.

Traitement argentique de Percy Howe pour les dents où la coloration importe peu : traitement au formo-hymol pour celles où il faut éviter toute coloration. Il faut remarquer que *la pénétration médicamenteuse est en raison*

PLANCHE N° 6.

Maurice Peters (*Dental Cosmos*, janvier 1921).

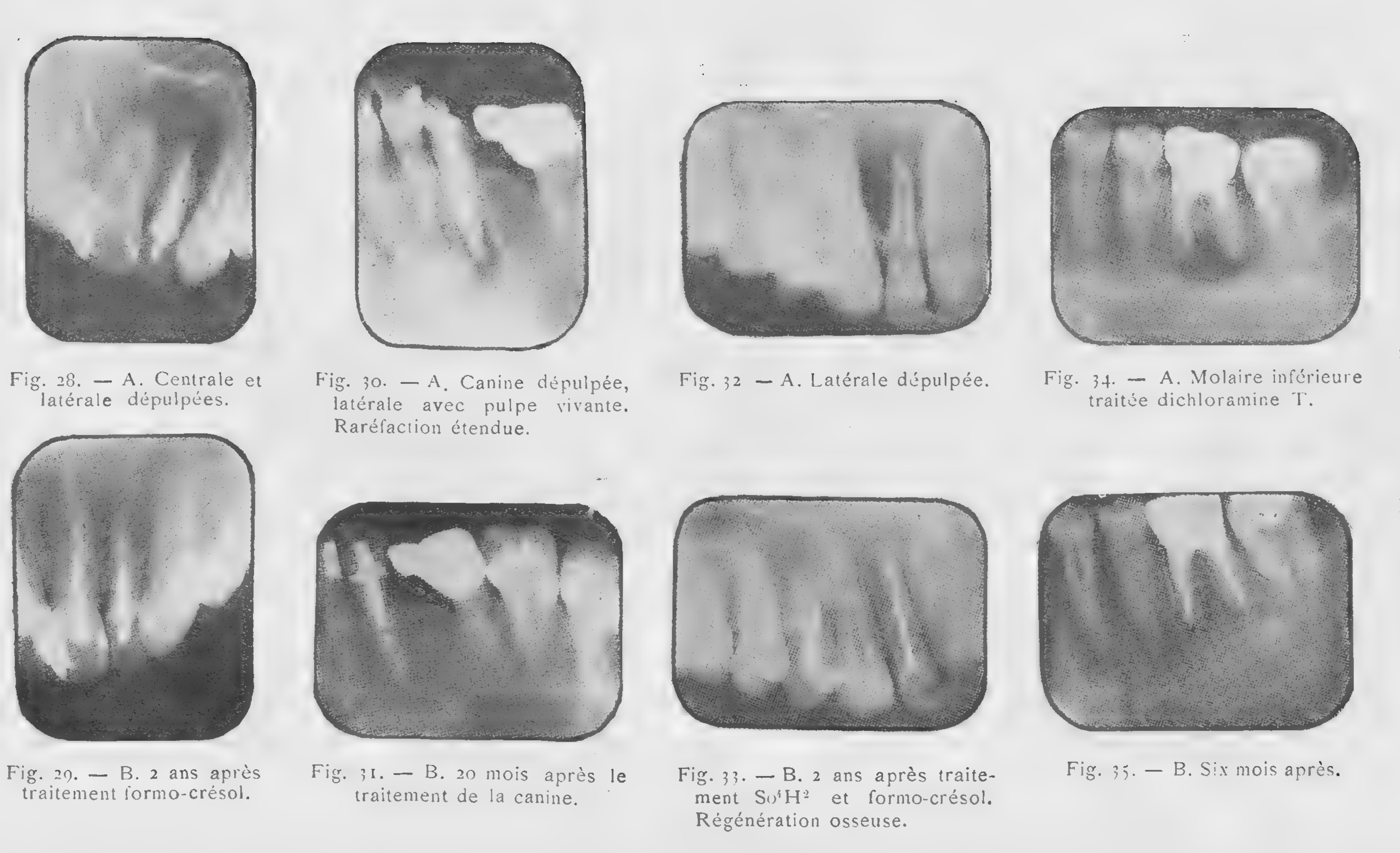


Fig. 28. — A. Centrale et latérale dépulpées.

Fig. 29. — B. 2 ans après traitement formo-crésol.

Fig. 30. — A. Canine dépulpée, latérale avec pulpe vivante. Raréfaction étendue.

Fig. 31. — B. 20 mois après le traitement de la canine.

Fig. 32 — A. Latérale dépulpée.

Fig. 33. — B. 2 ans après traitement So^4H^2 et formo-crésol. Régénération osseuse.

Fig. 34. — A. Molaire inférieure traitée dichloramine T.

Fig. 35. — B. Six mois après.

PLANCHE 6' (*bis*).

Maurice Peters (*Dental Cosmos*, janvier 1921).



Fig. 36. — A. Avant traitement.



Fig. 37. — B. Après obturation. Excès de gutta.



Fig. 38. — C. 2 ans après. Aréole comblée, gutta enrobée dans l'os.



Fig. 39. — A. Prémolaire inférieure Dichloramine T.



Fig. 40. — B. Prémolaire inférieure. Dichloramine T.



Fig. 41. — C. 18 mois après.

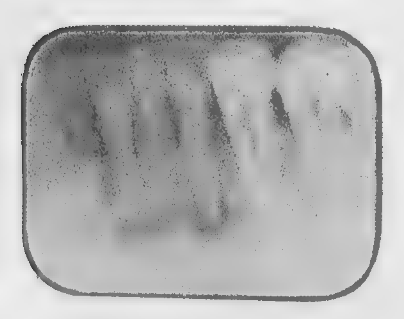


Fig. 42. — A. Incisives inférieures avant traitement.

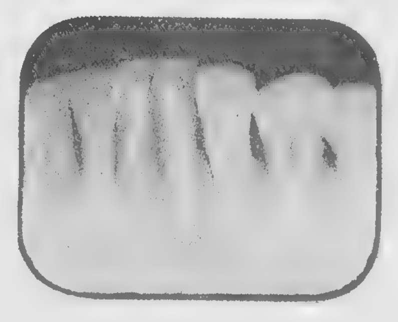


Fig. 43. — B. 4 ans après traitement formol-crésol.

directe de l'altération du tissu que ce soit par la méthode de Howe ou celle de Miégeville.

Le degré de calcification du tissu ne semble pas jouer un rôle très important, une dent préalablement et fortement décalcifiée n'est pas plus imprégnée qu'une autre. Dans une dent où l'infection est récente, où le tissu est peu atteint par la carie, il y a peu de pénétration. Par contre, le tissu dentinaire d'un 4e degré ancien est très perméable, quelquefois dans toute sa masse.

Par conséquent voilà deux méthodes qui agissent dans l'épaisseur du tissu dentinaire et qui doivent être employées.

Il est entendu que les instruments sont préparés à l'avance et stérilisés : les canaux sont, dès la première séance de préparation, isolés du milieu buccal.

On peut faire réagir les mèches radiculaires dans l'eau oxygénée. Cette réaction est macroscopique, elle donne un indice relatif, mais cependant intéressant. Employer pour cette réaction des petits godets en vulcanite noire, faciles à préparer au laboratoire.

Les procédés de Buckley (transformation des matières infectées par le formol), de Kirk, de Prinz, de Groove (solubilisation des graisses par S et K) sont parfois à appliquer. La cataphorèse, l'électrolyse, l'ionisation sont des méthodes à perfectionner et plus tard nous verrons peut-être un traitement par les vaccins.

La radiographie faite au début du traitement pourra être renouvelée au cours de celui-ci comme guide opératoire et comme moyen de vérification, quelques semaines après l'obturation du canal pour constater l'évolution de l'aréole.

La base de nos traitements est l'application des méthodes classiques, mais soyons plus sévères dans l'application de ces méthodes et sous prétexte que le milieu buccal est très infecté ou encore que les moyens de défense et de réparation dans cette région sont très puissants, ne négligeons pas l'asepsie et l'antisepsie. Autrement nous commettrions de graves fautes opératoires et n'obtiendrions qu'un succès illusoire.

(A suivre.)

TRAITEMENT DES SPIROCHÉTOSES BUCCALES (PYORRHÉE ALVÉOLAIRE) PAR LES PRÉPARATIONS ARSENICALES

Par le Dr B. KRITCHEVSKY (Paris), en collaboration avec le Dr SEGUIN, de l'Institut Pasteur [1].

(Communication au Congrès de Rouen, août 1921).

Nous comprenons sous le nom de « spirochétoses buccales » un ensemble d'affections définies : 1° par le caractère nécrotique et ulcéreux des lésions qu'elles présentent ; 2° par la constance de l'association fuso-spirillaire dans la flore microbienne qui produit ces lésions.

Ces maladies revêtent tantôt une forme aiguë : angine de Vincent, stomatite ulcéro-membraneuse, stomatite mercurielle, gangrène buccale, etc..., tantôt une forme chronique, diverses gingivites, pyorrhées alvéolaires, etc...

Les différentes cliniques que l'on relève entre ces affections sont déterminées soit par des facteurs bactériologiques : variations dans la virulence de la flore principale ou dans la composition de la flore associée ; soit par des facteurs étiologiques : intoxications diverses, carence, involution dentaire, etc ..

Quelle que soit l'importance de ces derniers facteurs dans la genèse des spirochétoses buccales, leur rôle reste toujours subordonné à une infection primitive dont ils provoquent seulement le réveil ou l'aggravation.

Dans le travail que nous avons l'honneur de présenter au Congrès nous résumerons les derniers résultats de nos recherches :

1. Sur l'association fuso-spirillaire.

---

1. Nous avons développé dans un travail antérieur les raisons historiques qui justifiaient l'hypothèse des « Spirochétoses buccales ». Nous n'y reviendrons pas ici. Le lecteur trouvera à la fin de cet article un index bibliographique tiré de notre dernier mémoire et complété par l'indication de quelques travaux omis ou récemment publiés.

2. Sur les lésions expérimentales produites chez le cobaye.

3. Sur le traitement chez l'homme de divers cas de spirochétoses buccales par les arsenicaux.

I. — Sur l'association fuso-spirillaire.

La constance de l'association fuso-spirillaire dans les maladies qui nous intéressent n'est pas contestée.

Il importe cependant de distinguer les cas où cette flore se trouve presque à l'état de pureté de ceux où, au contraire, elle paraît plus ou moins masquée par le développement d'infections secondaires (par cocci, aérobies et anaérobies, vibrions, leptothrix, etc...).

Lorsque la flore fuso-spirillaire est à l'état presque pur la nécrose l'emporte d'ordinaire sur la suppuration. Tel est le cas habituel pour les spirochétoses aiguës : angine de Vincent, stomatite ulcéro-membraneuse, gangrène buccale, et aussi pour les formes sèches de pyorrhée.

Lorsque, au contraire, la suppuration est très prononcée, le développement des germes pyogènes (streptocoques, staphylocoques, micro-coccus parvulus etc...) peut l'emporter sur celui des spirochètes buccaux, et ceux-ci paraissent alors relativement peu abondants. Un exemple caractéristique nous en est fourni par maintes pyorrhées humides ; dans quelques cas même il faut chercher en plusieurs points de la bouche la flore fuso-spirillaire avant de la rencontrer avec évidence ; encore ne la trouve-t-on alors que dans des points où la suppuration est la moins accusée.

Constante dans les bouches malades, la flore fuso-spirillaire est le plus souvent absente lorsque les gencives sont absolument saines (Dans les 2/3 des cas environ d'après nos recherches).

Il existe cependant parmi les sujets dont les gencives paraissent normales des porteurs de germes (1/3) qui hébergent en abondance dans leurs sillons gingivaux du bacille fusiforme et des spirochètes). Le développement des lésions n'est alors arrêté que par la faible virulence de la

flore ; encore pensons-nous que, faute d'une hygiène buccale sérieuse, ces porteurs de germes sont voués dans un laps de temps plus ou moins éloigné à des atteintes de gingivite ou de pyorrhée.

*
* *

Nos recherches bactériologiques nous permettent d'apporter ici quelques précisions nouvelles sur la nature de l'association fuso-spirillaire. Nous ne pensons pas que l'hypothèse de Vincent, qui en fait une symbiose entre le B. fusiforme et un spirochète spécial, le *Sp. Vincenti*, R. Blanchard, puisse être maintenue.

En fait, il s'agit d'associations plus complexes.

1° Le Bacille fusiforme.

Sous le nom de bacille fusiforme plusieurs micro organismes ont été sans aucun doute confondus.

A l'heure actuelle, trois micro-organismes, communs dans la flore fuso-spirillaire, pourraient revendiquer ce nom.

a) *Bacille de Plaut.* — Sous le nom de *Bacille de Plaut* nous désignons un gros bacille en forme de fuseau mobile, décoloré par la méthode de Gram et fortement cilié. Les cils de cet organisme sont très gros, visibles à l'ultra-microscope et souvent disposés en bouquet de cils géants. On les imprègne avec la plus grande facilité par la technique de Fontana-Tribondeau.

PLAUT trouve entre cet organisme et le *Spirillum* (vibrion) *sputigenum*, tous les intermédiaires. Sans nier la possibilité de l'identité des deux formes, elle nous paraît cependant peu vraisemblable. Nous n'avons pu malheureusement résoudre ce problème, n'ayant pu obtenir en culture pure ni le bacille de Plaut, ni le sputigenum.

Nous n'avons aucune indication sur le pouvoir pathogène de ces organismes.

b) *Bacille de Schmamine.* — Sous le nom de *Bacille de Schmamine*, nous désignons un bacille allongé, en

forme d'aiguille, grêle, parfois incurvé ou légèrement spiralé, animé d'un faible mouvement de rotation sur lui-même et de balancement, décoloré par la méthode de Gram, non cilié.

Cet organisme, anaérobie strict, a été cultivé par Schmamine et par nous-mêmes. En gélose profonde-sérum il donne des colonies floconneuses et ne produit pas de gaz. Il trouble le bouillon sérum et dépose faiblement dans le fond du tube. Les cultures ont une odeur acide, non putride.

Il ne sporule pas et ne survit pas au delà d'un à deux mois.

Il n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire.

c) Enfin, nous considérons comme *Bacille de Vincent* un organisme en forme de fuseau, absolument immobile, ne prenant pas le Gram, non cilié.

Coloré par le Giemsa, à la différence des deux organismes précédents qui prennent une teinte rose, lilas ou pourpre, suivant l'intensité de la coloration, le *Bacille de Vincent* se colore en bleu clair et présente dans son protoplasme des granulations chromatiques rouge foncé, décrites par Babes.

Anaérobie strict, il a été cultivé par nombre d'auteurs et par nous-mêmes.

En gélose profonde-sérum il donne des colonies à contours limités, primitivement lenticulaires, secondairement bourgeonnantes.

En bouillon-sérum il autoagglutine rapidement dans le fond du tube. Le développement est particulièrement rapide et abondant dans le bouillon-sérum-rein de lapin. Les cultures dans tous les milieux sont fortement putrides.

Non sporulé, il doit être repiqué tous les mois.

Nous n'en avons pas rencontré d'échantillons qui fussent directement pathogènes.

2° *Spirochètes buccaux.*

Nous avons montré, dans un mémoire antérieur, l'insuffisance d'une classification des spirochètes buccaux qui serait basée exclusivement sur la morphologie.

E. Hoffmann a repris, tout récemment encore, et à ce point de vue, l'étude des spirochètes de la bouche dont il ne distingue pas moins de sept formes :

Spirochète crassa
Spirochète tenuis } groupe du *spirochète buccalis.*
Spirochète inæqualis

Spirochète media oris Hoffmann et Prowazeck, ou forme intermédiaire.

Spirochète dentium
Spirochète skoliodonta } groupe de petits spirochètes.
Spirochète trimerodonta
= *Leptospira dentium*

Le *spirochète trimerodonta* est morphologiquement très voisin du spirochète de l'ictère hémorragique. Il est sans doute identique au *leptospira buccalis* déjà signalé par Fontana.

Seule, l'étude des cultures pures pourrait nous renseigner sur la valeur de ces coupures spécifiques.

Jusqu'à présent, en dehors de Muhlens, Noguchi, Schmamine et Ozaki, peu d'auteurs ont réussi à cultiver les spirochètes de la bouche.

Dès le mois de novembre dernier, nous avons pu obtenir, en culture pure, trois spirochètes de la bouche, dont les caractères sont suffisamment distincts et stables pour que l'on puisse les considérer chacun comme une espèce.

L'un est le *spirochète dentium* Koch.

Les deux autres appartiennent au groupe de la forme intermédiaire et nous les désignons sous les noms de : *spirochète tenuis* et *spirochète acuta.*

a) *Spirochète dentium* Koch = *Spirochète microdentium* Noguchi. — Notre échantillon a été isolé après trente repiquages d'une culture impure en gélose — sérum de cheval — rein de lapin.

Il présente un ensemble de caractères qui le placent à côté des échantillons cultivés par Mulhens, Noguchi et Schmamine.

Voisin morphologiquement du *Sp. pallida,* il s'en distingue par la rigidité plus grande de ses mouvements et son apparence un peu plus épaisse (examen au fond noir).

Imprégné, il présente des tours de spire un peu plus anguleux que ceux du pallida. Il se divise transversalement (divisions transversales simples ou multiples). Les filaments terminaux s'imprègnent facilement.

Ensemencé par piqûre en gélose profonde — sérum — rein de lapin, il donne en 48 heures des colonies nuageuses, plus opaques au centre qu'à la périphérie. Les colonies s'épaississent avec l'âge et, après quelques jours d'étuve, le tube a perdu toute transparence dans la zone d'anaérobiose.

En bouillon — sérum de cheval — rein de lapin [1] au bout de deux à trois jours apparaît un trouble dans le fond du tube. Vers le 5e et le 6e jour de culture, le sérum est précipité et lentement digéré.

Un cube de blanc d'œuf ajouté dans ce milieu n'est pas visiblement attaqué.

En bouillon gélatiné — sérum — rein, après 4 jours d'étuve à 37, la gélatine liquéfiée ne fait plus prise à la glacière.

Le *SP. dentium* noircit le sous-acétate de plomb, décolore le tournesol et fait virer au jaune le rouge neutre.

Toutes les cultures sont fortement putrides. Il reste vivant environ un mois 1/2 à l'étuve à 37°.

b) *Sp. tenuis.* — Notre échantillon a été isolé après 17 repiquages d'une culture impure, en utilisant la technique décrite par l'un de nous pour la séparation du *Sp. acuta* (voir ci-dessous).

Plus épais que le *Sp. dentium,* le *Sp. tenuis* se distingue sans difficultés à l'éclairage direct. Ses tours de spire sont plus grands que ceux du dentium et plus arrondis. Ceux de chaque extrémité sont habituellement détendus.

Beaucoup moins rigide que le dentium, il présente à la

---

1. Cultures sous huile de vaseline

fois des mouvements de rotation sur lui-même et des mouvements d'ondulation. Les tours de spire sont déformables.

Enfin ses extrémités sont arrondies.

Dans les cultures de quelques jours on remarque des formes très longues qui s'agglutinent en écheveaux.

En gélose profonde-sérum — rein de lapin, au bout de 4 ou 5 jours d'étuve, on voit apparaître dans le fond du tube des halos clairs, dont le centre est presque aussi transparent que la périphérie.

Ces colonies, qui, bien isolées, peuvent atteindre 1 cm. de diamètre, sont bien moins opaques que celles du *dentium*.

En bouillon — sérum de cheval — rein de lapin, après 4, 5 jours d'étuve, un trouble léger apparaît dans le fond du tube.

Le sérum n'est pas précipité.

Le blanc d'œuf n'est pas attaqué, ni la gélatine après 12 jours d'étuve.

Le *Sp. tenuis* noircit le sous-acétate de plomb (plus lentement que ne le fait le *dentium*) ; il décolore le tournesol et fait virer en jaune le rouge neutre.

Les cultures ont une légère odeur fétide, beaucoup plus faible que celle du *dentium*. Elles restent vivantes un mois 1/2 à l'étuve à 37°.

c) *Sp. acuta*. — Nous n'avons pu étudier ce spirochète qu'en le cultivant en association avec le bacille de Vincent, suivant la technique décrite par l'un de nous.

Le bacille de Vincent est ensemencé dans de la gélose-ascite renfermée dans un sac de collodion ; le sac est alors introduit stérilement dans un tube du même milieu, ensemencé d'avance avec le spirochète. Dans ces conditions, le fusiforme croît dans la gélose contenue dans le sac et, en dehors de celui-ci, à la faveur des produits élaborés par le b. de Vincent et filtrés à travers la paroi du sac, se développent des colonies nuageuses de *Sp. acuta*.

Ajoutons que, quels que soient les milieux utilisés, le développement indépendant du spirochète n'a pu être obtenu (à ce jour 17 repiquages).

Le *Sp. acuta* est remarquable par sa forme courte (2, 4 tours de spire), ses tours de spire aplatis et ses extrémités effilées..

Il ne peut être vu qu'au fond noir ; très mobile dans les cultures jeunes, il possède des tours de spire très déformables.

Le *Sp. acuta* n'est ni protéolytique ni putride. Les cultures vivent environ un mois à l'étuve à 37°.

II. — Lésions expérimentales produites chez le cobaye.

Nous avons montré dans un mémoire antérieur que l'inoculation de sécrétions pyorrhéiques sous la peau du cobaye provoquait régulièrement la formation d'un abcès putride.

Dans la poche de l'abcès on rencontre du pus avec une flore complexe ; mais dans la paroi même de la lésion existe une zone de nécrose envahie exclusivement par des spirochètes de diverses espèces. Un feutrage de bacilles fusiformes sépare les spirochètes de la poche de pus. La progression de la lésion est limitée par une épaisse coque fibreuse qui isole l'abcès des tissus voisins. Cet abcès putride, produit sous la peau du cobaye par l'inoculation de sécrétions pyorrhéiques, est habituellement reproduit avec les mêmes caractères par l'injection aux animaux de sécrétions provenant :

D'angine de Vincent.

De stomatite ulcéro-membraneuse.

De stomatite mercurielle.

De gangrène buccale.

De gingivite marginale.

Il n'est donc pas douteux que la flore des diverses spirochétoses buccales est fondamentalement la même, puisqu'elle produit, inoculée aux animaux, des lésions identiques.

Le point capital est la pénétration profonde des tissus en voie de nécrose par les seuls spirochètes [1]. Ces orga-

1. Rappelons que ces constatations histo-bactériologiques sont d'accord avec des faits analogues constatés par plusieurs histologistes : Ellermann, Le Blaye, Vezpremi, Tunnicliff.

nismes préparent les tissus à l'invasion ultérieure par le bacille fusiforme et les autres bactéries.

Ce fait qui ressort avec évidence de nos recherches expérimentales est encore corroboré par l'étude histologique récente d'un cas mortel de noma.

Nous avons observé, en pratiquant des coupes sériées dans une gencive gangrénée, toutes les étapes histologiques de la progression et de l'évolution de la nécrose.

L'envahissement des tissus s'effectue par voie sanguine et lymphatique. Les spirochètes sortent des capillaires et pullulent dans le tissu conjonctif et musculaire qu'ils nécrosent. Les lésions sont d'autant plus marquées que les spirochètes y sont plus nombreux.

Puis le bacille fusiforme vient aider à la destruction des tissus et finalement il se substitue aux spirochètes pour achever la digestion des éléments histologiques.

Il est important de noter que, dans les lésions à caractère envahissant comme le noma, la pénétration des spirochètes s'effectue par les vaisseaux, alors que dans les abcès pyorrhéiques localisés l'envahissement des spirochètes est arrêté par une infranchissable barrière conjonctive.

*
* *

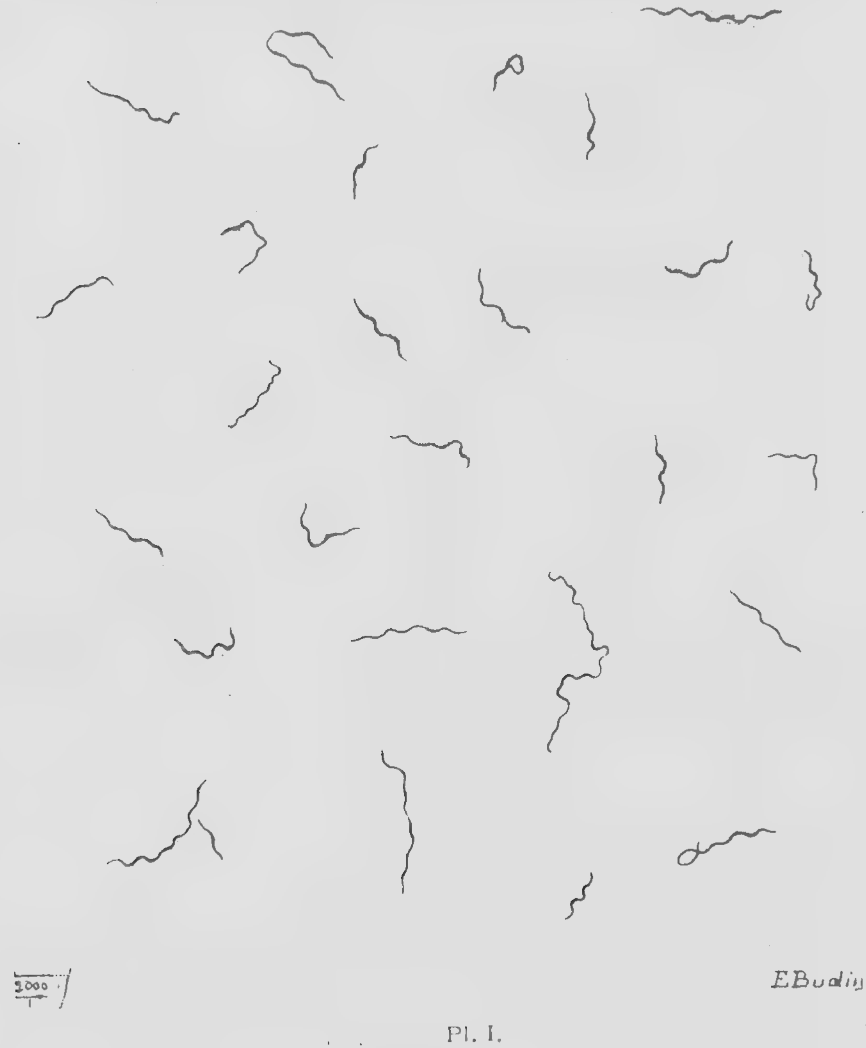
Désireux de pousser plus loin l'étude expérimentale des spirochétoses de la bouche, nous avons cherché à reproduire des lésions de nécrose avec nos cultures pures de spirochètes.

Nous avons alors éprouvé un échec. Ni le *Sp. dentium*, ni le *Sp. tenuis*, ni le *Sp. acuta* ne se sont trouvés à aucun degré directement pathogènes pour le cobaye.

Par contre, si l'on inocule sous la peau de cobaye une dose isolément non pathogène (3 cm^3) de culture de l'un de ces spirochètes mélangée à une dose également inoffensive à elle seule de bacille de Vincent (3 cm^3) on reproduit à coup sûr un abcès putride. L'évolution et les caractères histologiques de cette lésion rappellent de près l'abcès expérimental

produit par l'injection sous-cutanée des sécrétions fuso-spirillaires.

Il ne nous paraît pas douteux que le bacille de Vincent a



Pl. I.

réveillé les propriétés pathogènes de chacun de nos spirochètes.

Le fait que différents spirochètes se trouvent le plus souvent réunis dans les lésions humaines ou expérimentales et puissent chacun, associés à un bacille fusiforme, produire des lésions de nécrose, nous apporte, semble-t-il, la preuve,

définitive de l'inexistence du spirochète de Vincent, considéré comme l'agent spécifique des spirochétoses buccales.

Ces affections sont provoquées par divers spirochètes associés entre eux, et leur pouvoir pathogène est renforcé par le bacille fusiforme.

III. — Traitement des spirochétoses buccales par les arsenicaux.

Nous croyons avoir démontré l'importance de l'association fuso-spirillaire, telle que nous l'avons définie, dans la genèse des affections ulcéreuses et nécrotiques de la bouche. Le traitement de ces maladies doit donc être avant tout dirigé contre cette association microbienne.

Nos expériences, qui montrent l'innocuité du bacille fusiforme lorsqu'il n'est pas associé aux spirochètes, font prévoir que tous les médicaments qui agiront directement sur les organismes spiralés auront sur l'évolution de la maladie les effets les plus heureux. Parmi ces médicaments, les arsenicaux tiennent la première place.

En fait, depuis que Ehrlich en Allemagne et Achard en France [1] ont traité les premiers cas d'angine de Vincent par l'arsénobenzol, un nombre considérable d'observations ont prouvé l'efficacité de ce médicament dans toutes les affections nécrotiques et ulcéreuses de la bouche.

Depuis plusieurs années, nous nous efforçons de fixer les règles du traitement arsenical dans les stomatites ulcéreuses et surtout dans les pyorrhées alvéolaires.

Nous avons recueilli un nombre important d'observations favorables. Nous en rapporterons ici quelques-unes à titre d'exemple.

I. — *Stomatites ulcéro-membraneuses.*

Au cours de la guerre nous avons traité de nombreux cas de stomatites ulcéro-membraneuses surtout chez les mobi-

---

1. Pour l'historique se reporter à la bibliographie.

lisés. Depuis l'armistice, nous en avons observé encore quelques cas chez des prisonniers venus d'Allemagne et chez des civils.



Pl. II.

Nous sommes convaincus que les injections intra-veineuses de 914 (0,10, 0,20 centigrammes) et les applications locales d'arsénobenzol (une solution glycérinée à 1/10) suffisent dans

la plupart des cas pour amener la guérison complète des lésions.

Voici, par exemple, l'observation d'un soldat américain chez qui la maladie revêtait une forme particulièrement sévère :

Soldat W... 30 ans. Souffre depuis quelques jours des gencives.

Nous sommes frappés par son aspect pâle et fatigué ; le malade qui se plaint d'insommie est très courbaturé et ne marche qu'avec l'aide d'un de ses camarades. Température 39,5, pouls précipité.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux surtout du côté droit. La mastication douloureuse rend l'alimentation presque impossible, la salivation est abondante, l'haleine fétide

L'examen de la bouche montre des lésions ulcéreuses siégeant sur les gencives surtout du côté droit et 2 placards ulcérés sur la face interne de la joue droite. Les amygdales sont intactes. Il n'y a pas de dent de sagesse en évolution.

A l'examen microscopique : Flore fuso-spirillaire à l'état de pureté : B. de Plaut, B. de Vincent, *Sp. buccalis ;* Sp. *tenuis*. Le *Sp. dentium* est plus rare. Très peu de cocci et de leptothrix.

Nous pratiquons immédiatement une injection intra-veineuse de 0,10 centig. de néoarsénobenzol et ne revoyons le malade que le lendemain.

Dès le lendemain l'amélioration est frappante. Le malade ne souffre plus et a passé une bonne nuit. La température est devenue normale, les ganglions ont nettement diminué de volume et ne sont plus douloureux.

Les ulcérations semblent moins étendues, surtout l'une de celles situées sur la face interne de la joue droite, et sont beaucoup moins douloureuses. Nous faisons des applications locales d'arsénobenzol en solution glycérinée et pratiquons les jours suivants 2 injections intra-veineuses de 0,15 et 0,20 centigrammes d'arsénobenzol.

En 8 jours la cicatrisation totale des lésions est obtenue. Les gencives ont repris leur aspect normal et la flore fuso-spirillaire a disparu des sillons gingivaux.

Il nous est cependant arrivé de rencontrer des cas où le seul traitement par l'arsénobenzol était insuffisant pour amener une guérison complète de la stomatite ulcéro-membraneuse. L'observation suivante est à ce titre particulièrement intéressante.

M. C., étudiant en médecine, 22 ans, revient d'Allemagne après démobilisation. Il souffre depuis quelques semaines des gencives. Nous constatons des ulcérations étendues sur toute la surface des gencives en bas ; les lésions sont moins marquées en haut. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, fièvre légère, mal de tête. La dent de sagesse inférieure droite est en voie d'évolution et une large ulcération siège à son niveau.

Avant sa poussée de stomatite notre malade souffrait déjà de gingivite chronique.

Au microscope flore fuso-spirillaire, B. de Vincent, B. de Schmamine, Sp. *tenuis* et *dentium*. Le *Sp. buccalis* est plus rare.

Des injections intra-veineuses d'arsénobenzol et un traitement local ont amené la disparition immédiate des accidents généraux et une grande amélioration locale.

Les ulcérations sont cicatrisées, mais les gencives restent rouges, sensibles et saignent au moindre frottement. Les sillons gingivaux demeurent infectés par la flore fuso-spirillaire.

Quelques mois après, notre malade revient nous trouver avec une récidive de stomatite. Un nouveau traitement arsenical amène la cicatrisation des ulcérations sans provoquer la guérison définitive des gencives. Celle-ci n'a pu être obtenue qu'en substituant au traitement local par l'arsénobenzol des applications de sels de fluor finement pulvérisé.

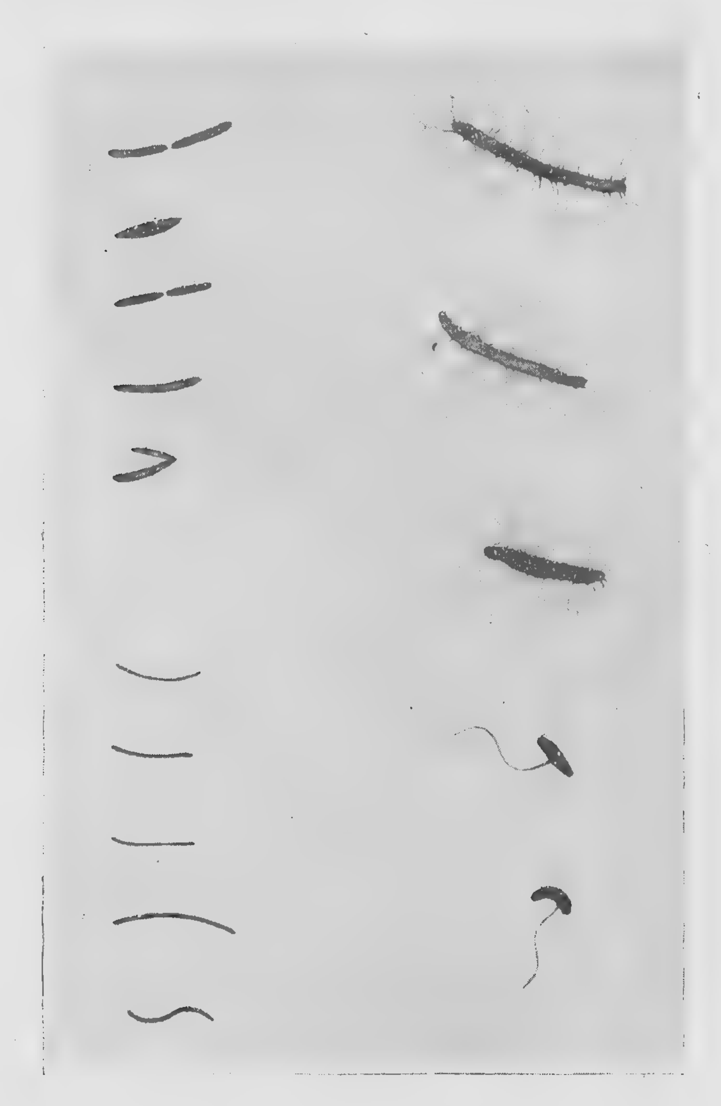
Avions-nous affaire à des races arséno-résistantes de spirochètes ? Une bactérie associée insensible à l'action des arsenicaux avait-elle favorisé le développement des spirochètes ? Les deux hypothèses peuvent être soutenues.

Tout récemment le docteur Bercher a signalé deux cas de stomatite ulcéro-membraneuse rebelles au néosalvarsan et guéris après l'extraction de la dent de sagesse.

Sans nier l'intérêt de ces constatations nous pensons qu'elles revêtent un caractère exceptionnel et que dans la plupart des cas un traitement chimiothérapique bien conduit permettra d'éviter l'extraction dentaire.

Du reste, nous adoptons entièrement sur ce sujet la position prise récemment par M. Dubois qui a apporté des preuves, à nos yeux convaincantes, de la contagiosité des spirochétoses buccales ; pour lui comme pour nous l'éruption dentaire seule est incapable d'engendrer la maladie et nous reprendrons volontiers une formule heureuse de l'auteur

« la dent de sagesse n'est pas la cause de la stomatite, elle en est souvent la victime ».



Pl. III.

II. — *Pyorrhées alvéolaires.*

La dénomination de pyorrhée alvéolaire a pour elle d'être consacrée par l'usage. En fait, pour le bactériologiste la pyorrhée alvéolaire n'est qu'une spirochétose des gencives

passée à l'état chronique, et dont l'évolution aboutit à la destruction du ligament dentaire. Certains cas ne dépassent pas le stade de l'infection fuso-spirillaire, et la nécrose évolue sans suppuration appréciable. Dans d'autres cas, au contraire, les gencives se remplissent de pus et à la flore fuso-spirillaire initiale se surajoute tout un développement de bactéries pyogènes.

Ces constatations bactériologiques doivent servir de base au traitement rationnel de la pyorrhée.

Nous avons montré que les injections intra-veineuses d'arsénobenzol (0,10 = 0,20 centigrammes) exerçaient dans la plupart des cas de pyorrhée (70 o/o environ) une influence manifeste sur l'évolution des lésions. Les sécrétions se tarissent, les gencives sont raffermies et les spirochètes disparaissent de la flore gingivale.

Voici à titre d'exemple une de nos plus récentes observations. M. A., 22 ans, étudiant en médecine, se présente à nous avec des dents fortement déchaussées surtout en bas. Les incisives latérales et les premières molaires des 2 côtés sont très mobiles. La pression des gencives fait sourdre une certaine quantité de pus grisâtre.

A la sonde on pénètre facilement dans les culs-de-sac pyorrhéiques au niveau des incisives et des prémolaires inférieures.

L'examen bactériologique révèle la flore fuso-spirillaire habituelle.

Le traitement arsenical est, sur nos conseils, effectué à l'hôpital où le jeune homme poursuit ses études. Quatre injections intra-veineuses de 914 sont pratiquées (0,10, - 0,15, - 0,15, - 0,20) en 2 semaines.

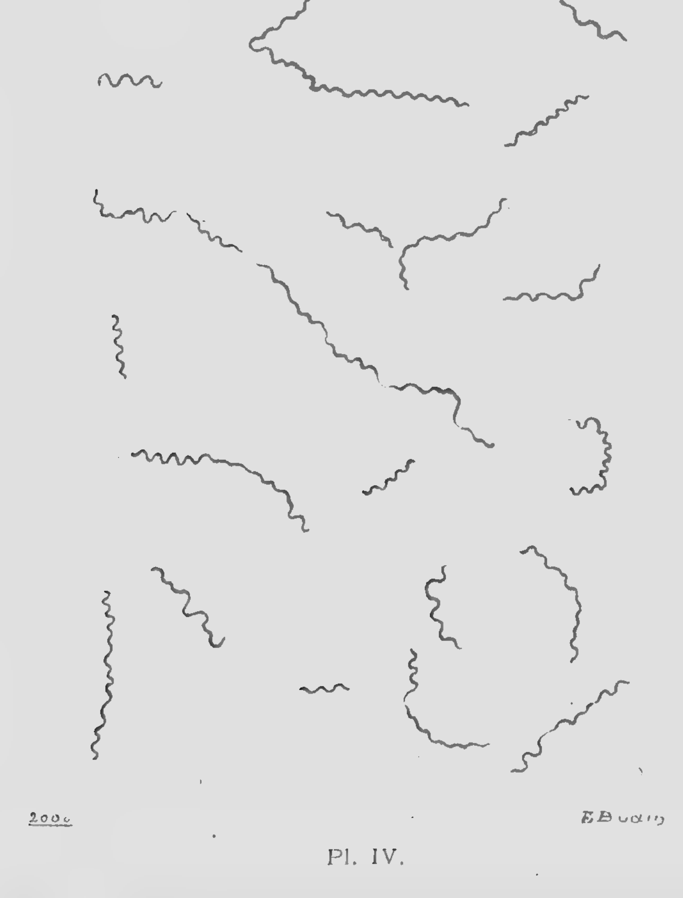
Ce traitement détermine la disparition de l'écoulement pyorrhéique et un raffermissement considérable des gencives ; ces améliorations cliniques sont constatées par le chef du service hospitalier, puis par nous-mêmes. Nous constatons de plus la disparition des spirochètes de la flore gingivale.

Deux mois après ce traitement que nous avons complété par des grattages et des applications locales d'arsénobenzol, l'état des gencives était encore meilleur et la mobilité anormale des dents avait presque complètement disparu.

Il faut noter qu'après les injections intraveineuses notre malade a présenté un ictère, lequel a été attribué à l'action toxique de l'arsénobenzol.

Cependant tous les cas de pyorrhée ne cèdent pas aussi facilement au traitement arsenical.

Parfois l'existence de cavités kystiques, où le médicament pénètre difficilement, retarde la guérison tant qu'un traitement chirurgical approprié n'est pas venu supprimer ces cavités closes.



Pl. IV.

Dans d'autres cas l'importance de la suppuration causée par les pyogènes l'emporte sur la nécrose... et d'autres antiseptiques que l'arsénobenzol doivent être recommandés. Nous employons alors avec succès les fluorures. Ce sont également ces cas qui sont justiciables des auto-vaccins, dont l'utilisation rend souvent les plus grands services.

Tous ces traitements chimiothérapiques ou bactériologi-

ques ne donnent d'ailleurs de bons résultats, c'est-à-dire des résultats durables, qu'autant qu'ils sont complétés par des soins chirurgicaux toujours nécessaires.

L'enlèvement à la curette des tissus nécrosés, le nettoyage parfait des dents et des racines, sont toujours indispensables à la réussite du traitement.

Les procédés de prothèse qui assurent la consolidation des dents mobiles rendent également les plus grands services.

Ajoutons que tout récemment, effrayés par une série d'accidents signalés dans les services hospitaliers et consécutifs à des injections intra-veineuses de néoarsénobenzol, nous avons essayé les injections intra-musculaires de sulfarsenol et de novarsénobenzol glucosé. Les résultats sont tout à fait comparables à ceux obtenus par les injections intra-veineuses de 914.

Nous devons d'ailleurs dire qu'en dehors du cas d'ictère relaté dans l'observation précédente, nous n'avons jamais observé chez nos malades, avec les faibles doses que nous préconisons, d'accident toxique qui vaille la peine d'être noté.

Conclusions.

Les maladies nécrotiques et ulcéreuses de la bouche constituent un groupe d'affections causées par l'association fuso-spirillaire. A ce titre elles méritent le nom de spirochétoses buccales.

L'association fuso-spirillaire est constituée par plusieurs spirochètes différents dont le pouvoir pathogène est renforcé par le bacille fusiforme.

Nous avons obtenu en culture pure 3 espèces de spirochètes : *Sp. dentium*, *Sp. tenuis*, *Sp. acuta.*

Chacun d'eux associé au bacille de Vincent a produit chez le cobaye des lésions analogues à celles que cause aux animaux l'inoculation de sécrétions fuso-spirillaires.

Dans les spirochétoses localisées (abcès pyorrhéique) l'envahissement des tissus par les spirochètes est limité par une barrière fibreuse.

Dans les spirochétoses envahissantes (noma) les spirochètes se propagent par voie sanguine et lymphatique.

La destruction des tissus commencée par les spirochètes est achevée par le fusiforme et les bactéries associés. Ce fait explique que dans les spirochétoses chroniques des lésions de nécrose aboutissent finalement à la suppuration.

Les arsénobenzols sont les médicaments de choix pour combattre l'infection fuso-spirillaire.

Dans le traitement des pyorrhées, la médication arsenicale rend les plus grands services ; mais il ne s'agit pas d'une panacée, et le traitement chimiothérapique ne doit pas faire oublier le traitement chirurgical.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Flandin. — Angine de Vincent traitée par le 606. *Société méd. des hôp. de Paris*, 28 avril 1911.

Bergeron. – Article Stomatites, *in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Bernheim. — Zur Angina Vincenti. *Deutsche med. Woch.*, 1903.

Beyer. — Alveolar Pyorrhœ oder Stomatitis pyorrhoïca. *Medizinische Klinik*, 1917.

Beyer. — Die alveolar Pyorrhœ, ihr Erreger und die weitere Erfahrungen über die Behandlung mit Neosalvarsan. *Medizinische Klinik*, 1918, p. 63 et p. 90.

R. Blanchard. – Spirilles, Spirochètes et autres organismes à corps spiralé. *Arch. de parasitologie*, t. X, 1905, p. 129.

Bouty. — Vincent's angina among the troops in France. *Brit. med. Journal*, novembre 1917, p. 685.

Bowmann. — Infectious stomatitis among troops. *Proceedings of the R. Society of med.*, 1916, p. 51.

Bowman. — A case of Vincent's infection involving mouth, eyes and penis. *Lancet*, octobre 1917, p. 536.

Mme Braïlowsky-Lounkevitch. — Contribution à l'étude de la flore microbienne habituelle de la bouche normale. *Ann. Inst. Pasteur*, t. XXIX, 1915, p. 379-403.

Brault. — Note sur le noma chez les indigènes algériens adultes, ses rapports avec le phagédénisme dit des pays chauds. *Bull. Soc. franc. de dermatol. et de syphiligr.*, 1908, p. 2.

Campbell et Dyas. – Epidemic ulcero-membranous Stomatitis (Vincent's angina) affecting troops. *Jour. Amer. med. Associat.*, 2 juin 1917, p. 1596.

CHOMPRET. — Traitement des suppurations buccales par les applications locales de 606. *Revue de Stomatologie*, nov. 1912, p. 487.

COMANDON. — La symbiose fuso-spirillaire. *Arch. de parasitologie*, t. XIII, 1909.

CORBY. — Mercuric cyanid in the treatment of Vincent's infection and so called Trench mouth. *Dental Cosmos*, avril 1920, p. 513.

COSTA. — Caractère de certaines infections expérimentales à bacille fusiforme de Vincent chez les cobayes. *C. R. Soc. de biologie*, 21 déc. 1909, p. 865.

COURCOUX et DEBRÉ. — Fréquence actuelle de l'angine de Vincent. *Société méd. des hôpitaux*, 1918.

CRUET. — Stomatite ulcéro-membraneuse et stomatite mercurielle. *XVII*e *congrès internat. méd. de Londres*, *Stomatologie*, 8 août 1913, p. 133.

DAVID et HECQUET. — Les lésions ulcéreuses de la bouche et du pharynx dans lesquelles se trouve le fuso-bacillaire de Vincent. *Presse médicale*, 21 janvier 1920.

DEBAT. — Guérison rapide des stomatites par le novarsénobenzol. *Odontologie*, 30 août 1919, p. 331.

DUBOIS. — Contribution à l'étude de la gingivo-stomatite de Bergeron. *Revue odontologique*, avril 1921, p. 47.

EHRLICH. — Ærtzlicher Verein in Frankfurt. *Münch. med. Woch.*, octobre, 1910, p. 2268.

EICHMEYER. — Ueber Angina ulcero-membranosa Plauti und Stomatitis ulcerosa. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XII, 1905.

ELLERMANN. — Einige Fälle von bakterieller Nekrose beim Menschen. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. XXXVIII, 1905, p. 383.

H. FERRÉ. — De certaines infections secondaires d'origine buccale. *Thèse de Paris*, 1906.

FONTANA. — Sulle odiere applicazioni del metodo di colorazione Fontana-Tribondeau. *Pathologia*, 15 janv. 1920, p. 13.

GERBER. — Ueber Spirochæten in der oberen Luftwege und Verdauungs wegen. *Centralblatt. f. Bakt.*, Bd. LVI, 1910, p. 508.

GERBER. — Weitere Mitteilungen ueber die Spirochæten der Mundrachenhöle, und ihr Verhalten zur Ehrlich-Hata 606. *Deut. med. Woch.*, Bd. XXXVI, 1910, p. 2383.

GERBER. — Die nicht specifischen ulcerözen Erkrankungen der Mundrachenhöle und Salvarsan. *Münch. med. Wochen.*, Bd. LVIII, 1911, p. 452.

GERBER. — Die bisheringen Erfahrungen mit Salvarsan und Neosalvarsanbehandlung der lokalem Spirochætosen. *Münch. med. Woch.*, Bd. LX, 1913, p. 634.

GROSS. — Zur Behandlung der Lungengangrän mit Salvarsan. *Münch. med. Woch.*, 1919, p. 869.

HEINEMAN. — Beobachtungen über Stomatitis ulcerosa, Angina Vincenti und Noma. *Berliner klin. Woch.*, 29 janvier 1917, p. 110.

HEUCK et JAFFÉ. — Weitere Mitteilungen über das Ehrliches Salvarsan. *Deutsche med. Woch.*, 9 février 1911, p. 251.

HOFFMANN. — Vincent's Angina or « Trench mouth ». *Dental Cosmos*, avril 1920, p. 547.
E. HOFFMANN. — Uber eine der Weilschen Spirochaete ähnliche Zahnspirochaete des Menschen (Sp. trimerodonta) und andere Mundspirochæten. *Deut. med. Woch.*, 4 mars 1920, p. 256.
HOFFMANN et PROWAZECK. — Balanitis und Mundspirochäten. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. XLI, 1906, p. 741.
KLINGER. — Ueber einen neuen pathogenen Anaeroben aus menschlichen Eiter. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. LXII, 1912, p. 186.
KOLLE. — Spirochätenbefunde und Salvarsan bei Alveolarpyorrhæ. *Medezin. Klin.*, 21 janv. 1917, p. 59.
KRITCHEVSKY. — Quelques cas de pyorrhée alvéolaire aiguë traités par le néosalvarsan. *C.R. Soc. Biologie*, t. LXXXI, 22 juin 1918, p. 620.
KRITCHEVSKY et SÉGUIN. — Pathogénie et traitement de la pyorrhée alvéolaire. *Presse médicale*, 13 mai 1918, p. 248.
KRITCHEVSKY et SÉGUIN. — Spirochétoses buccales ; reproduction expérimentale et traitement. *Revue de Stomatologie*, nov. 1920.
LANGE. — Ueber Gingivitis ulcerosa im Felde. *Deutsche zahnärtz. Woch.*, 1915, n° 15.
LEBEDINSKY. — Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal. *Thèse de Paris*, 1898.
LEBEDINSKY. — La stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine de Vincent et la dent de sagesse. *XVIIe Congrès internat. méd. de Londres, Stomatologie*, 8 août 1913, p. 169.
LE BLAYE. — Étiologie de la stomatite secondaire, particulièrement de la stomatite mercurielle. *C. R. de la Soc. de biologie*, 1905.
LE BLAYE. — Stomatite mercurielle traitée par l'arsénobenzol. *Presse médicale*, 22 juillet 1911.
LE BLAYE. — Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle. *Thèse de Paris*, 1911.
LÉGER-DOREZ. — La pyorrhée alvéolaire et le néosalvarsan. *La Semaine dentaire*, 2 mai 1920, p. 282.
LEINER. — Ueber anaerobe Bakterien bei Diphterie. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. XLIII, 1907, p. 119.
LETULLE. — *Presse médicale*, 29 décembre 1900.
LEWKOWICZ. — Ueber die Reinkulturen des fusiformen Bacillus. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. XLI, 1906, p. 153.
MANOUÉLIAN. — Technique rapide pour l'imprégnation des organismes spiralés dans les coupes. *C. R. de la Soc. de biologie*, 20 juillet 1918, p. 759.
MAUREL. — Traitement des stomatites ulcéreuses et de l'angine de Vincent. *Journ. des praticiens*, 13 mars 1917, p. 137.
MAUREL. — La stomatite mercurielle. *Gazette des hôpitaux*, 18 et 25 sept. 1920.
MARZINOWSKI. — Inoculation expérimentale de l'angine de Vincent au singe (Macacus rhesus). *C. R. de la Soc. de biologie*, 19 octobre 1912, p. 389.
MILIAN. — Traitement de la stomatite mercurielle par le 606. *Revue de Stomatologie*, nov. 1912, p. 494.

Miller. — Microorganismen der Mundhöle, 1892.

Miller. — Ueber eine scheinbare pathogene Wirkung der Spirochæta dentium. *Deut. med. Woch.*, 1906.

Mühlens. — Ueber Züchtung von Zahnspirochæten und fusiformen Bazillen auf künstlichen, festen Nahrboden, *Deut. med. Woch.*, 1906, p. 797.

Mühlens. — Andere, zum Teil als pathogen geltende Spirochæten, in Traité de Kolle et Wassermann, t. VII, 1913, p. 921.

Mühlens et Hartmann. — Ueber B. fusiformis und Sp. dentium *Zeitschr. für Hygiene*, Bd. LV, 1906.

Netter. — Emploi du Salvarsan dans le traitement des angines ulcéreuses et du noma. *Bullet. mém. Soc. méd. hôpitaux de Paris*, 12 juillet, 1912, p. 9.

Neuhof. — An epidemies of noma. *American Journ. of. med. science*, 1910, p. 139.

Niclot et Marotte. — L'angine et la stomatite à bacille fusiforme de Vincent et à spirilles. *Revue de médecine*, 1901, p. 317.

Nicoll. — Beobachtungen über Noma, etc. *Arch. of Ped.*, 1911, p. 912.

Noguchi. — Cultural study on mouth Spirochætæ (Tr. microdentium and macrodentium). *Journ. of exper. medicine*, t. XV, p. 81.

Noguchi. — Tr. mucosum a mucin producing Spirochæta, etc. *Journ. of exper. medicine*, t. XVI, p. 199.

Ozaki. — Zur Kenntniss der anaeroben Bakterien der Mundhöle. II. Mitteilung. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. LXII, 1912, p. 76.

Ozaki. — Zur Kenntniss der anaeroben Bakterien der Mundhöhle. III. Mitteilung. Ueber eine Spirochæte. *Centralblatt für Bakt.*, Bd. LXXVI, p. 169.

Paul. — Zur Pathogenität der fusiformen Bazillen und der Mundspirochæten. *Deutsche Monatsschr. für Zahnheilk.*, 1910, p. 3.

Perrin. — Traitement de la gangrène pulmonaire par l'arsénothérapie. *Presse médicale*, sept. 1919, p. 546.

Plaut. — Demonstration von Mundspirochæten und Geisseln im Dunkelfeld. *Münch. med. Woch.*, Bd. LVIII, 4 avril 1911, p. 763.

Plaut. — Demonstration zweier Fälle von Stomatitis ulcero-membranosa mit Salvarsan behandlet. *Münch. med. Woch.*, 18 décembre 1911, p. 2768.

Repaci. — Isolement et culture du bacille fusiforme de Vincent. *C. R. de la Soc. de biologie*, 1909, p. 591.

Repaci. — Isolement et culture d'un spirochète de la bouche. *C. R. de la Soc. de biologie*, t. LXX, 1911, p. 784.

Repaci. — Contribution à la connaissance des microbes spiralés de la bouche. — *Annales. Inst. Pasteur*, t. XXVI, 1912, p. 536.

Roger. — L'action de l'arsénobenzol dans certaines affection. *Thèse de Paris*, 1912.

Rona. — Zur Ætiologie und Pathologie der Angina der Stomacæ, etc. *Arch. f. Derm. ünd Syph.*, Bd. LXXIV, 1905.

Rumpel. — Bisherige Erfahrungen mit dem Ehrlichen Präparat 606. *Deut. med. Woch.*, 1910.

SANGIORGI. — Sugli spironemi della bocca. *Pathologia*, 15 septembre 1916.

SAUERWALD. — Ueber Angina Vincenti und Noma. *Berliner klin. Woch.*, 29 janvier 1917, p. 111.

SCHMAMINE. — Ueber die Reinzüchtung, etc. *Centralblatt für Bakt.*, B. LXV, 1912, p. 311.

P. SÉGUIN. — *C. Rendus de l'Académie des Sciences*, décembre 1920.

SEYDEL. — Die Beziehungen der Spirochæten und der Salvarsantherapie zur Pyorrhœa alveolaris und andere Erkrankungen des Mundes. *Deut. Zahnheilkunde*, 1919, analysé in *Mediz. klin.*, 28 sept. 1919, p. 989.

SOURDEL. — Applications locales de 606 dans l'angine de Vincent. *Bull. Soc. thérapeutique*, 22 nov. 1911.

TAYLOR et MC. KINSTRY. — The relations of peridental gingivitis to Vincent's angina. *Brit. med. Journ.*, mars 1917, p. 421.

THIBEAUDAU. — Spirochætæ in the mouth. *Journ. of Amer. med. Associat.*, 1912, p. 416.

TUCHINSKY et IWASCHENZOW. — Ueber Salvarsan behandlung bei Scorbut. *Münch. med. Woch.*, 1911, p. 267.

TUNNICLIFF. — The microscopic appearances of ulcero-membranous tonsillitis (Vincent's Angina). *Jour. of. Infect. Diseases*, août 1919, p. 132.

VEILLON et ZUBER. — Recherches sur quelques microbes strictement anaérobies. *Arch. de méd. expérimentale*, 1898, p. 517.

VEZPRÉMI. — Züchtungsund Tierversuche mit B. fusiformis, Sp. gracilis und Cladothrix putridogenes. *Centralblatt für Bakt.*, 1907, Bd. XLV, p. 332, 408, 515, 648, und Bd. XLV, p. 15.

VINCENT. — Sur la culture et l'inoculation du bacille fusiforme. *C. R. Soc. de biologie*, 23 mars 1901, p. 339.

VINCENT. — Etiologie des stomatites secondaires, particulièrement de la stomatite mercurielle. *C. R. Soc. de biologie*, 6 mai 1905, p. 774.

WEAVER et TUNNICLIFF. — Noma, water cancer, scorbutic cancer, gangrena oris, gangrene of the mouth. *Journal of infectious diseases*, 1907.

WEINBERG et SÉGUIN. — La gangrène gazeuse, Paris, 1918.

ZILZ. — Ueber die lokale Salvarsanhehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenkrankungen im Bereiche der Mundhöle. *Münch med. Woch.*, 1912, p. 20.

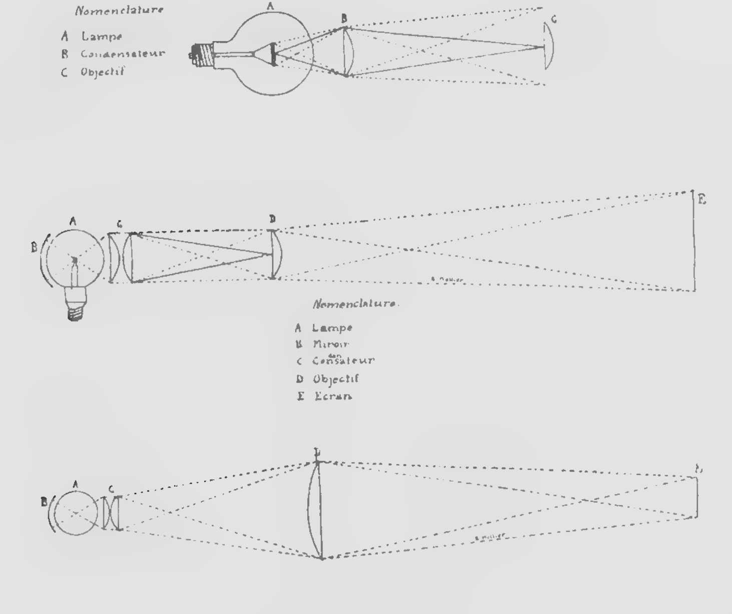
UNE NOUVELLE LAMPE POUR PROJECTEUR DENTAIRE

(Addendum)

En raison d'un retard de clichage il ne nous a pas été possible d'ajouter les fig. ci-après, avec le texte qui les accompagne, à l'article de norte confrère M. Devauchelle publié dans notre dernier n°, p. 674.

Anciens appareils.

Lampe à 110 volts, ayant une surface lumineuse trop grande ; les rayons marginaux tombent en dehors de l'objectif. En outre, le diamètre de la lampe, trop grand, ne permet au condensateur de capter les rayons que sous un très petit angle. *L'impossibilité* de mettre un miroir laisse également perdre une grande partie de la source lumineuse.



Modèle E. M.

Lampe à bas voltage, formant un point lumineux, section plus grande du filament, qui permet de la porter à une plus haute température, et d'émettre de ce fait une lumière

plus riche en rayons ultra-violets. Le rhéostat donne une grande facilité de réglage : abaissement du voltage pour l'économie de la lampe et survoltage facultatif pour des opérations exigeant une grande lumière.

Le point lumineux envoie sur le condensateur un faisceau unique totalement homogène qui se trouve parfaitement dirigé sur l'écran.

Projecteur à rayons convergents.

Dans l'appareil ci-dessus, les rayons partant de l'objectif arrivent divergents sur l'écran.

Nous avons créé un type à rayons convergents. L'objectif est formé par une lentille de grand diamètre et de long foyer. Les rayons viennent converger sur l'écran, de sorte qu'un objet interposé entre l'objectif et le sujet à éclairer (bras de tour, manche d'instrument, doigt de l'opérateur, etc.) restera invisible ou n'atténuera que faiblement la lumière, les rayons arrivant en cône et passant de chaque côté de l'objet interposé.

La lampe, le miroir et le condensateur sont pareils à ceux du projecteur E. M.

REVUE DES REVUES

DE L'ANESTHÉSIE AU MÉLANGE CHLOROFORME-ALCOOL-ETHER

Par J. LAFOURCADE (de Bayonne).

Je veux appeler l'attention sur l'anesthésie au mélange chloroforme-alcool-éther (C. A. E.) à laquelle j'ai recours depuis une dizaine d'années concurremment avec l'éther et qui me donne toute satisfaction.

Si l'éther administré avec l'appareil d'Ombredane est l'anesthésique de choix, j'estime que l'on doit recourir au mélange C. A. E. chaque fois que l'éther est contre-indiqué. Les blessés de la guerre que j'ai opérés dans les diverses formations dont j'assurais le service chirurgical ont été endormis exclusivement à l'éther — ou au chlorure d'éthyle.

Les anesthésies que j'ai pratiquées au mélange dépassent 4.000. Jamais la moindre alerte, jamais de traction de la langue ou de respiration artificielle.

L'anesthésie est obtenue sans la moindre défense, sans excitation. Le sommeil est calme et silencieux ; le réveil est très rapide.

Les agonisants supportent bien l'anesthésie au mélange ; les vieillards n'en sont nullement incommodés.

Peu ou pas d'ennuis post-anesthésiques. Les vomissements ne sont pas plus fréquents qu'avec l'éther.

La congestion pulmonaire que l'on observe de temps en temps avec l'éther est inconnue avec le mélange.

L'anesthésie est telle qu'il est surprenant qu'elle ne soit pas plus vulgarisée. Les chirurgiens l'ignorent pour la plupart.

On ne peut adresser au mélange C. A. E. qu'un léger reproche : le sommeil est plus long à obtenir qu'avec l'éther. Il demande 10 à 15 minutes, tandis qu'avec l'éther l'anesthésie est obtenue dans 6 ou 8 minutes. Quand une matinée est chargée d'interventions, cette question secondaire a son importance. N'était cet inconvénient, le mélange C. A. E. devrait, à mon avis, être considéré comme l'anesthésique de choix.

Il arrive souvent, dans les opérations abdominales, que l'éther ne supprime pas complètement les réflexes abdominaux. Le malade pousse et les intestins sont difficilement contenus par les compresses qui s'accumulent. Faites, dans ce cas, remplacer

l'éther par le mélange. En quelques secondes, le calme survient, la résolution est complète et l'opération est faite avec un silence abdominal parfait.

La proportion du mélange dont je me sers est la suivante (mélange de Reynès) :

Chloroforme........	2	parties	en volume.
Alcool absolu.......	2	—	—
Ether anesthésique..	1	—	—

Ce mélange peut être préparé au moment de s'en servir à l'aide d'une éprouvette graduée ; préparé à l'avance, il est conservé dans un flacon de verre fumé.

La technique de l'anesthésie est des plus simples — avec l'appareil de Ricard ou l'appareil de Fredet. Elle est la même que celle de l'anesthésie au chloroforme pur.

(*Le Monde médical*, 15 février 1921).

LE DIÉTHYL-DIALLYL-BARBITURATE DE DIÉTHYLAMINE, COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL ET COMME HYPNOTIQUE.

Par M. Daniel BARDET.

En l'état actuel de la question, l'anesthésie générale est obtenue en chirurgie par des agents chimiques, liquides ou gazeux, qui réalisent l'abolition de la conscience et de la sensibilité par une intoxication des centres nerveux. La multiplicité des corps employés dans ce but depuis la découverte de l'anesthésie montre qu'aucun d'eux ne remplit réellement les conditions que l'on est en droit de réclamer de l'anesthésique idéal : effectivité constante et innocuité absolue. Si l'éther et le chloroforme, qui sont les deux plus employés, réalisent la première de ces conditions, ils sont loin de répondre à la seconde ; leur dose mortelle étant peu éloignée de leur dose anesthésique, la zone maniable de ces corps est restreinte ; de plus, ils sont particulièrement nocifs pour nombre d'organes, foie, rein, poumon, pour ne citer que les plus souvent lésés. Par là s'explique le regain de faveur dont jouit actuellement en France le protoxyde d'azote ; mais ce gaz, s'il offre des garanties indiscutables de sécurité, ne présente pas une constance absolue dans ses effets ; il faut le plus souvent, pour obtenir une résolution musculaire complète, lui adjoindre un autre

anesthésique, chloroforme ou éther, et l'avantage de la méthode disparaît en partie.

Ces faits rendaient légitime la recherche d'un corps peu toxique, agissant électivement sur les centres nerveux, et dont la dose mortelle fût très éloignée de la dose utile. Des hypno-anesthésiques qui peuvent réaliser ces conditions, les dérivés barbituriques sont parmi les plus employés. Mais leur défaut de solubilité restreint leur usage à l'emploi de cachets ou de comprimés dont l'action ne se manifeste que très lentement. Cet inconvénient a pu être supprimé par la préparation de sels résultant de la combinaison de l'acide diéthylbarbiturique ou véronal et de l'acide diallybarbiturique ou dial avec la diéthylamine. Le diéthyl-diallyl-barbiturate de diéthylamine est un corps soluble dans l'eau dans la proportion de 30 %, contenant par cm^3 de solution 10 centigrammes de véronal et 10 centigrammes de dial. Cette solution concentrée est facilement injectable sous la peau ou dans les veines, ce qui le rend particulièrement maniable et rapide dans ses effets. L'auteur l'a expérimenté chez quatorze sujets dans un service de chirurgie. Les résultats obtenus ont paru à l'auteur assez intéressants pour devoir être publiés.

Voici les conclusions des observations publiées à la Société de thérapeutique, séance du 10 novembre :

1° Le produit expérimenté n'est nullement toxique à la dose utile ; sa zone maniable est très étendue ;

2° Il agit électivement sur le système nerveux central et surtout sur l'encéphale ;

3° Il peut être employé seul comme anesthésique pour certaines interventions ne nécessitant pas une résolution musculaire complète ;

4° Il constitue un adjuvant précieux de l'anesthésie générale en supprimant la période d'excitation et en permettant l'emploi d'une quantité minime d'anesthésique ;

5° Il présente l'inconvénient de ne pas toujours avoir aux mêmes doses les mêmes effets ;

6° Sa lente élimination prolonge plus qu'il n'est nécessaire son action hypnotique et peut ainsi masquer un incident post-opératoire. Cet inconvénient contre-indique l'emploi des fortes doses dans les interventions abdominales en particulier.

Dans la discussion de cette communication, M. G. Bardet, qui a suivi très attentivement les observations publiées par son fils, a constaté que, si le barbiturate essayé ne paraît pas devoir être utilisé en chirurgie autrement que comme excellent préventif de la chloroformisation ou éthérification, il pourrait rendre des services intéressants dans certains cas spéciaux, par exemple pour

obtenir une légère anesthésie chez l'accouchée, puisque le réflexe n'est pas aboli ; également dans le traitement des crises épileptiques subintrantes et probablement aussi dans bien d'autres cas. Son grand avantage, c'est la possibilité de faire des injections sous-cutanées ou intra-veineuses, en raison de sa solubilité. Il ajoute aussi que, comme hypnotique, par ingestion on obtient des effets rapides avec des doses très faibles. Il lui a paru que la diffusion se fait beaucoup plus rapidement qu'avec les barbiturates insolubles. Dans des cas d'insomnie peu prononcée, telle que celle qui accompagne les digestions lentes, chez les stasiques, il suffirait de quinze à vingt gouttes de la solution à 30 °/o pour obtenir un sommeil normal, sans séquelles au réveil.

(*L'Union pharmaceutique*, 15 janvier 1921).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

PRÉPARATION MILITAIRE EN 1921-1922

En attendant le vote des lois militaires soumises actuellement au Parlement, le ministre de la Guerre a décidé que certaines de leurs dispositions seraient appliquées dès maintenant, notamment en ce qui concerne la préparation militaire du 3e degré, c'est-à-dire celle des futurs officiers de réserve provenant des principales écoles civiles et des facultés.

Les mesures provisoires prises l'an dernier pour les étudiants de la classe 1920 (engagement spécial de 3 ans, pelotons spéciaux) ne seront plus appliquées aux étudiants des classes 1921 et suivantes et un nouveau régime sera mis en vigueur dès novembre 1921.

Les étudiants ayant à satisfaire au devoir militaire peuvent :

1° Ou bien continuer leurs études en sursis jusqu'à 25 ans. A cet âge (27 pour les étudiants en médecine) ils perdront le bénéfice du sursis, et seront incorporés comme soldats de 2e classe et suivront la loi commune ;

2° Ou bien, tout en restant en sursis, demander à suivre la préparation militaire pendant les 2 dernières années de scolarité. A la fin de la 2e année de préparation ils passeront l'examen pour l'obtention du brevet (3e degré).

S'ils ne l'obtiennent pas, ils suivront le sort de leur classe.

S'ils l'obtiennent et s'ils justifient des conditions de scolarité à déterminer par un règlement d'administration publique, ils entreront, quand ils seront appelés, dans une école d'E. O. R.

A la sortie de l'Ecole, les premiers classés passeront officiers dans la limite des places disponibles, les autres passeront sous-officiers et pourront ultérieurement passer officiers. Les étudiants des deux catégories termineront à la caserne comme officiers ou sous-officiers leur temps de service pour lequel le projet de loi prévoit une notable diminution.

Si, à la sortie de l'école d'E. O. R., des jeunes gens n'obtiennent pas les notes nécessaires pour être nommés offficiers ou sous-officiers, ils terminent la totalité du service actif ; mais ils peuvent, soit demeurer E. O. R. pour concourir à nouveau 6 mois après, soit être versés comme simples soldats dans un corps de troupe.

La préparation militaire pour les étudiants des facultés est organisée dans les Facultés de Paris depuis la rentrée de 1921 sur les bases suivantes :

1° Les cinq Facultés de l'Académie de Paris forment, en principe, un centre d'instruction militaire ;

2° L'instruction militaire donnée dans les Facultés est :

. . . .

Ecoles dentaires. — Service de santé ;

3° L'instruction militaire dure 2 ans, en principe (les 2 dernières années de scolarité). Exceptionnellement les étudiants se trouvant *cette année* en dernière année de scolarité pourront être admis à suivre la préparation militaire ;

4° La préparation militaire est facultative, en ce sens que les étudiants sont libres de s'engager à la suivre ou non. Mais, en prenant l'engagement de la suivre ils contractent en même temps l'obligation d'assister aux séances d'instruction, sous peine de sanctions qui conduisent à la radiation du cours et à la perte des avantages concédés par la loi ;

5° Sont admis à suivre la préparation militaire en 1921 : les étudiants en 1921-1922 dans une de leurs 2 dernières années d'études et sous certaines conditions de scolarité.

S'ils ont encore 2 ans d'études ils suivront le régime normal d'instruction.

S'ils sont dans leur dernière année, il sera organisé pour eux une instruction spéciale accélérée comportant l'ensemble du programme de la préparation militaire. Ils seront, en outre, incorporés le 15 août 1922 en pelotons spéciaux pour pouvoir subir au 25 septembre 1922 l'examen du brevet d'aptitude du 3e degré.

Pour être admis à la préparation militaire en novembre 1921 les étudiants doivent : . . . .

Art dentaire. — Entrer dans la 2e année de la scolarité ;

6° Les étudiants en art dentaire recevront en 1re année l'instruction de l'infanterie, en 2e année les connaissances générales figurant au programme de l'instruction technique particulière au Service de Santé ;

7° L'année d'instruction commence en principe pour les Facultés le 15 novembre et se termine le 15 juin (environ 26 semaines par an, en tenant compte des vacances). Il est réservé à l'instruction militaire 240 heures et 12 demi-journées pour les 2 ans, 120 heures et 6 demi-journées par an, 4 h. 1/2 par semaine, savoir :

Alternativement, conférence et interrogation, 1 h. 1/2 ; 2 séances d'éducation physique de 1/2 heure à 1 heure ; 2 séances

de manœuvres, de 1/2 heure à 1 heure ; théorie, 1 heure. Plus 6 demi-journées par an, pendant la période d'été;

8° Les étudiants désireux de suivre la préparation militaire devront s'inscrire au secrétariat de leur Faculté, qui vérifiera s'ils remplissent les conditions de scolarité voulues et leur délivrera un certificat le constatant. Munis de ce certificat et d'un certificat médical, ils se rendront au bureau militaire du secrétariat de l'Académie de Paris pour y signer l'engagement à suivre la préparation militaire ;

9° Le certificat médical précité devra constater que l'étudiant peut, sans inconvénient pour sa santé, suivre l'instruction militaire ou spécifiant les ménagements qu'il y a lieu de prendre à son égard ;

10° L'inspection de la préparation militaire est exercée par le lieutenant-colonel G. Hucher, commandant le 4° groupe de préparation militaire, dont le bureau est à la Sorbonne.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES EN BELGIQUE

On sait que l'enseignement dentaire proprement dit était insuffisant en Belgique jusqu'à ce jour et que les examens de capacité imposés aux candidats se passaient devant les Commissions médicales provinciales qui ne comprenaient aucun praticien de l'art dentaire. Le nouvel arrêté est heureusement venu porter remède à cette situation anormale.

Les deux années d'études dentaires et l'examen final devant un jury compétent auront pour conséquence d'élever le niveau des connaissances techniques exigées des nouveaux praticiens belges.

Avant de reviser la législation sur la matière, le gouvernement avait fait appel à une commission composée de stomatologistes et de dentistes. L'arrêté qui vient de paraître est conforme aux conclusions qui avaient été adoptées par celle-ci, sauf sur la question des études préalables.

Les membres de la Commission avaient, en effet, demandé une candidature en médecine réduite, ne comportant que certains cours ou parties de cours reconnus indispensables.

Si l'on se rappelle que l'instauration de l'obligation de la candidature en médecine (arrêté royal du 21 août 1899) avait eu pour effet d'enrayer le recrutement de la profession au point que, de 1904 à 1913 il n'y eut, en fait, que 16 dentistes nouveaux, on peut se demander si, avec le statut tel qu'il est établi, la Belgique trouvera le nombre de praticiens dont elle a besoin.

Voici le texte de l'arrêté royal du 21 juillet 1921 :

ADMINISTRATION DE L'HYGIÈNE.

Arrêté royal relatif à l'examen pour l'obtention du diplôme de dentiste.

Article premier. — Nul n'est admis à se présenter à l'examen de dentiste s'il n'est porteur :

1° Du diplôme de candidat en médecine entériné conformément à la loi du 10 avril 1890, modifiée par celle du 3 juillet 1891 sur la collation des grades académiques ;

2° D'un certificat délivré et signé par les professeurs qui ont donné l'enseignement, constatant que le candidat a fréquenté avec assiduité et succès, pendant deux ans au moins, à partir de l'époque où il a obtenu le diplôme de candidat en médecine, un enseignement théorique et pratique, donné dans une université ou dans une école spéciale, et portant sur les matières suivantes :

a) Eléments de pathologie générale, y compris la bactériologie et d'anatomie pathologique, spécialement envisagées au point de vue dentaire ;

b) Eléments de pharmacologie et de thérapeutique considérées surtout au point de vue dentaire ;

c) Les maladies de la bouche et des dents et les éléments de la pathologie internedans ses rapports avec les maladies de la bouche et des dents ;

d) Dentisterie opératoire ; prothèse dentaire. Orthopédie dentaire et restauration maxillo-faciale ; instrumentation ;

e) Hygiène générale et spéciale. — Déontologie.

Si les professeurs chargés de donner l'enseignement n'appartiennent pas à une université, le caractère sérieux des certificats qu'ils auront délivrés devra être reconnu par la commission médicale provinciale du ressort.

Si le certificat provient d'une faculté ou d'une école étrangères, le jury appréciera s'il peut être ou non accepté.

Art. 2. — Les examens de dentiste comprennent une épreuve théorique et une épreuve pratique.

L'épreuve théorique, d'une durée de deux heures, se fait oralement ; elle porte sur les matières énumérées au 2° de l'article 1er.

L'épreuve pratique comporte :

a) L'examen de deux cas cliniques sur des personnes atteintes d'affections dentaires ;

b) L'exécution de deux travaux de dentisterie opératoire ;

c) L'exécution et la mise en bouche d'un travail de prothèse ;

d) L'exécution d'un travail d'orthodontie.

Les examens sont publics.

Art. 3. — Les candidats doivent se présenter devant la commission médicale provinciale ayant dans son ressort l'université ou l'école dentaire dont ils ont suivi les cours en dernier lieu. Ceux qui ont reçu, dans une école ou une université étrangère, l'enseignement spécial, prévu au 2° de l'article 1er, doivent se présenter devant la commission médicale provinciale de Bruxelles.

Art. 4. — Les examens prévus par l'article 2 ont lieu devant un jury se composant de deux praticiens de l'art dentaire désignés par la commission médicale et d'un professeur de chacune des universités ou écoles dentaires belges présentant des élèves, sous la présidence d'un membre de la commission médicale du ressort.

Art. 5. — Les règles suivantes sont observées pour l'annonce des examens, l'inscription et la convocation des candidats :

A. Environ un mois à l'avance, un avis inséré au *Moniteur* et dans deux journaux du ressort de la commission annonce la session des examens. Cet avis est, en outre, transmis aux recteurs des universités et directeurs d'écoles dentaires existant dans la circonscription. Il indique le délai dans lequel les candidats sont tenus de se faire inscrire chez le secrétaire de la commission médicale.

B. Les pièces requises et qui doivent être jointes à la demande d'inscription sont :

1° Un extrait d'acte de naissance du récipiendaire ;

2° Un certificat de moralité délivré par l'Administration communale du lieu de sa résidence ;

3° Les certificats prévus à l'article 1er du présent arrêté ;

4° La quittance d'un receveur de l'enregistrement constatant que le récipiendaire a versé, dans les caisses de l'Etat, la somme de deux cents francs pour droit d'examen.

En cas d'ajournement, le droit est réduit à la moitié de cette somme pour chaque nouvel examen.

C. Tout postulant régulièrement inscrit est averti du jour de l'examen, par le secrétaire de la commission médicale.

Art. 6. — Il y a annuellement deux sessions, l'une en mars, l'autre en août. Après trois échecs, le candidat n'est plus admis à se présenter.

Art. 7. — Les diplômes délivrés par la commission médicale, sur l'avis du jury, sont rédigés suivant un modèle uniforme pour tout le royaume. Ils mentionnent que le récipiendaire a été admis d'une manière satisfaisante, avec distinction, avec grande distinction ou avec la plus grande distinction.

Art. 8. — Toutes les dispositions non prévues par le présent arrêté, seront réglées par les commissions médicales sous réserve d'approbation par le Ministre de l'Intérieur.

Art. 9. — Sont abrogées :

1° Les dispositions de l'arrêté royal du 30 décembre 1884, et de l'article 12 de l'arrêté royal du 31 mai 1880, en ce qui concerne les règles à suivre pour les examens de dentiste ;

2° Les arrêtés royaux du 24 avril 1899 et du 14 août 1899, relatifs aux examens de dentiste.

Dispositions transitoires.

Art. 10. — Les candidats en médecine, chirurgie et accouchements, qui se présenteront aux examens de dentiste avant le 31 décembre 1923, seront dispensés de justifier de l'accomplissement de la condition imposée par le 2° de l'article 1er.

Art. 11. — Les anciens combattants de nationalité belge, qui se trouvaient sous les drapeaux à la date du 15 juin 1919 et ne se sont pas présentés en 1919 aux examens organisés en vertu de l'arrêté royal du 24 août 1918, sont admis à subir l'examen de dentiste, une unique fois et sans ajournement possible, à la session ordinaire du troisième trimestre 1921, avec la dispense du diplôme de candidat en médecine.

Ils subiront cet examen devant un jury constitué conformément à l'article 4. Cet examen se fera suivant le régime établi par l'article 3 de l'arrêté royal du 30 décembre 1884.

Outre les pièces mentionnées aux 1°, 2° et 3° de l'article 2, litt. *B a*) de l'arrêté royal du 30 décembre 1884, la demande d'inscription, à adresser au secrétaire de la commission médicale provinciale, sera accompagnée des documents suivants :

1° Une attestation des services militaires pendant la guerre ;

2° Un certificat des autorités militaires constatant la présence du récipiendaire, sous les drapeaux, à la date du 15 juin 1919 ;

3° Un certificat constatant que le récipiendaire a fait un stage de deux ans au minimum, dans les services dentaires de l'armée ou chez un dentiste diplômé.

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES EN ITALIE

Nous suivons avec une grande attention le mouvement professionnel qui se poursuit en Italie en vue de la réforme de l'enseignement dentaire, mouvement dont notre confrère M. le Dr A. Chiavaro, Professeur d'odontologie à la Faculté de médecine de Rome, est un des plus ardents initiateurs et qu'il soutient avec chaleur dans son estimable journal mensuel *Annali di odontologia.*

Sous le titre « Depuis cinq ans » nous lisons ce qui suit dans le n° de janvier 1921 de cette excellente publication, sous la signature de M. Chiavaro.

« Quand nous avons fondé, il y a environ 5 ans, les Annales d'odontologie, nous avons posé trois problèmes d'intérêt scientifique et professionnel pour qu'ils reçoivent une solution. Sur ces trois questions, nous avons réussi jusqu'à présent à en faire résoudre deux avec l'aide bienveillante du ministre de l'Instruction publique, des professeurs de la Faculté de médecine du royaume, de nos collaborateurs et d'abonnés amis. Les deux questions déjà résolues sont l'appellation PROSTHÈSE et non *prothèse* et le terme ODONTOLOGIE au lieu de *stomatologie.*

« Nous avions confiance qu'avant qu'il s'écoulât 5 ans de travail actif et consciencieux la troisième question, la plus utile, celle de la réforme de l'enseignement de la dentisterie et de la prosthèse dentaire, serait aussi convenablement résolue ; mais toute notre bonne volonté, toute notre énergie n'ont pas pu encore atteindre le but poursuivi. »

L'auteur ajoute qu'il ne pouvait prévoir, il est vrai, quand il a commencé cette publication, que pendant ces cinq ans le monde serait complètement bouleversé ce qui entraverait bien des réformes. Cependant, dit-il, cette réforme de l'enseignement dentaire est urgente, car le nombre de ceux qui exercent abusivement la dentisterie en Italie va en augmentant de jour en jour.

« Nous voulons, dit-il, que le futur praticien de la dentisterie et de la prothèse dentaire apprenne de bonne heure à fond théoriquement et pratiquement la spécialité qu'il veut exercer ; que, comme étudiant, il soit tenu de rester dans nos futures écoles dentaires le temps suffisant pour apprendre en théorie et en pratique tout ce qui est nécessaire pour exercer dignement la profession, de telle sorte qu'à la fin de ses études il puisse rendre tous les services que comporte cette spécialité et soit à même d'obtenir l'estime et la considération de ceux

qui lui demandent ses soins. Nous voulons aussi qu'il soit différencié des praticiens dentistes amateurs, des pseudo-dentistes par un titre spécial et justifié : *Le doctorat en chirurgie dentaire*, déjà en vigueur dans de nombreux pays. »

Pour bien comprendre la portée de ce qu'a demandé et obtenu notre distingué confrère, il y a lieu de savoir que M. Chiavaro, s'était adressé, il y a quelques années, au ministre de l'Instruction publique d'Italie pour obtenir dans tous les textes officiels le remplacement des mots ou appellations *prothèse* et *stomatologie* par *prosthèse* et *odontologie*. Pour la première il se basait sur l'étymologie grecque du mot ; dans le second sur cette considération que la stomatologie concerne les maladies de la bouche, tandis que l'odontologie ne concerne que les maladies des dents [1].

M. Chiavaro n'ayant pas obtenu gain de cause complètement ouvrit un referendum en s'adressant à tous les professeurs des Facultés de médecine d'Italie qui lui donnèrent raison, sauf 7. Fort de cette consultation il revint à la charge auprès du ministre, qui, après avoir pris l'avis du Conseil supérieur, lui fit connaître que dorénavant, dans l'enseignement officiel et dans l'enseignement libre, on emploierait les mots *Odontologie et prosthèse dentaire* pour ce qui aurait trait au traitement et à la prothèse de l'appareil dentaire.

Nous rendons bien volontiers hommage aux efforts persévérants du Professeur Chiavaro et nous souhaitons ardemment qu'il réussisse dans sa campagne pour la réforme des études dentaires. Qu'il nous permette toutefois d'adresser une légère critique au projet qu'il a présenté et qu'il soutient avec conviction et habileté : il fait, à notre avis, une trop large place aux matières médicales, au détriment, cela va de soi, des connaissances spéciales techniques et pratiques. A part cela nous approuvons son projet et nous faisons des vœux pour que ce projet aboutisse.

Exprimons le regret, à ce propos, que dans l'opposition qu'il rencontre de la part d'un organe, pourtant des plus honorables, un contradicteur, au lieu de la courtoisie, qui est de rigueur dans une polémique quand on combat une opinion qui n'est pas la sienne, ne craigne pas de sortir des limites du bon ton qui est de règle entre gens bien élevés, pour employer un langage peu parlementaire.

---

1. Sur le premier point, nous demandons à notre éminent confrère la permission d'être d'un avis différent du sien. En français, du moins, le mot *prothèse* vient du grec προθεσις (remplacement) ; or la prothèse est bien l'art du remplacement. Sur le second point nous abondons tout à fait dans son sens.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

F. D. I.

RÉUNION DE LA HAYE[1]

Séance du 23 septembre 1921

PRÉSIDENCE DE M. BROPHY, PRÉSENT.

La séance est ouverte à 3 heures.

Sont présents : MM. Huet, Quintin, Rosenthal (Belgique) ; Lindt (Danemark) ; Aguilar (Espagne) ; Kirk, Turner (Etats-Unis d'Amérique) ; Blatter, Godon, L. Viau, G. Villain (France) ; de Boer, Bruske, Van Hasselt, Nord (Hollande) ; Chiavaro, Guerini (Italie).

M. Aguilar, secrétaire général, donne lecture de l'exposé suivant :

Nous nous réunissons aujourd'hui comme membres de la F. D. I., dans cette session sans caractère officiel, dans le but de trouver le moyen de reprendre l'action de notre organisme et de sortir les relations dentaires internationales de la léthargie dans laquelle elles sont plongées depuis le dernier Congrès dentaire de Londres.

Mais afin que vous soyez au courant de ce qui a été fait par le bureau de la F. D. I. pour remplir ses devoirs pendant les 7 dernières années et que vous ayez tous les éléments d'appréciation de votre travail futur, je dois vous fournir des renseignements.

A la clôture du Congrès de Londres, le mémorable jour du 8 août 1914, il fut décidé que la prochaine session régulière de la F. D. I. se tiendrait à San Francisco en août suivant. L'exactitude est habituelle chez les membres du Conseil exécutif qui pendant 14 ans s'étaient rendus dans chaque pays pour assister à notre session ; mais dans cette circonstance nous ne fûmes qu'en petit nombre à la réunion de Californie. La situation du monde à ce moment ne permettait pas de consacrer du temps aux travaux scientifiques, les voyages étaient impossibles pour le plus grand nombre d'entre nous, et, quand l'appel fut fait à San Francisco, les absents étaient si nombreux qu'à la seconde séance il fut décidé d'ajourner la session *sine die*, en chargeant le président et le secrétaire général de convoquer une session quand la paix complète aurait été rétablie dans le monde, de tenir la session dans un pays d'Europe n'ayant pas pris part à la guerre et de convoquer 6 mois à l'avance.

Pendant les 4 années suivantes la situation du monde ne permit même pas de songer à une réunion internationale, mais du moins la paix était rétablie et votre président et votre secrétaire général se réuni-

1. V. *Odontologie* d'octobre 1921.

rent à Boston en août de l'an dernier dans le but de s'acquitter de la mission qui leur avait été confiée à San Francisco et de préparer la session en choisissant Madrid pour l'y tenir dans la présente année.

Je me chargeai d'avoir des conversations avec les représentants de la profession dentaire dans les différents pays et, dans ce but, j'allai à Londres, Bruxelles, Paris, Berlin et Vienne, pour avoir leur opinion sur la possibilité de faire un travail utile dans notre session.

Je dois dire qu'il n'y avait pas à ce moment unanimité d'opinion quant à l'opportunité de reprendre nos relations internationales. D'une part on était désireux de se réunir et de continuer l'utile action de la F. D. I. ; suivant d'autres, le fruit n'était pas encore mûr. Néanmoins des préparatifs étaient faits en Espagne par la profession et les autorités pour recevoir les distingués représentants de la profession ; S. M. le roi avait offert de leur souhaiter la bienvenue et de contribuer à rendre la réunion plus agréable. Le gouvernement espagnol promit son appui et nos confrères espagnols firent tous préparatifs pour rendre aux membres le séjour plaisant et intéressant ; mais je reçus des lettres et des communications me demandant d'ajourner la réunion à plus tard. Les représentants japonais ne pouvaient pas venir pour la date proposée, non plus que les membres de plusieurs contrées de l'Amérique du Sud, qui tenaient à être présents, et quelques représentants européens firent également connaître l'impossibilité où ils se trouvaient d'y assister.

Ces circonstances nous obligèrent à ajourner la réunion projetée à Madrid.

M. Kirk était en Europe ; il était venu dans la pensée d'assister à la réunion en Espagne, il avait conféré avec les dirigeants de la profession en Amérique, en Angleterre, en Hollande et en France. Il est un des pionniers de la F. D. I., il sait l'importance de cette organisation et, comme Godon, Brophy et d'autres, il a de l'affection pour son œuvre et confiance en elle. Nous vîmes des nuages dans le ciel de la dentisterie internationale et nous eûmes l'heureuse idée de provoquer cette réunion sans caractère officiel, où nous pouvons préparer les bases et dresser le programme d'une session régulière de telle manière que ce soit un succès, un grand succès, et que l'avenir de la F. D. I. soit assuré.

C'est pour y parvenir que nous sommes ici. Il y a beaucoup de manquants, parce que, en 7 ans, nos rangs se sont éclaircis. C'est le cœur plein de regrets que nous consacrons un souvenir aux chers collègues qui ont collaboré à nos travaux et qui ont quitté ce monde. Il n'est que trop triste de penser que nous n'aurons jamais plus la coopération toujours active de nos bien-aimés collègues Cunningham, Guilford, Brunton, Younger, L. Davenport, Jenkins, Cryer, Coffin, Burt, van der Hoeven.

A eux nos pensées et nos prières !

D'autres sont absents parce qu'ils sont empêchés de venir à cette époque de l'année. C'est ainsi que nous avons reçu des excuses de M. Paterson et de nos collègues anglais Guy, Mummery et Brooks, ainsi que de M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres. Les délégués allemands Walkhoff, Dieck, Cohn et Schäffer-Stuckert ont exprimé dans

leur lettre le désir de contribuer de tous leurs efforts aux travaux de la F. D. I., mais de ne pas prendre part aujourd'hui à cette réunion préparatoire pour l'établissement du programme de la prochaine session.

Comme sujets à examiner et à discuter nous devons vous proposer :

A. La situation financière de la F. D. I. troublée par les fluctuations du change qui rend si difficile à notre trésorier le recouvrement des cotisations dues.

B. L'état actuel du fonds Miller si diminué par la dépréciation des valeurs dans lesquelles il a été placé, ainsi que la future attribution du prix Miller.

C. La reconstitution des commissions d'enseignement, d'hygiène publique, de l'armée et de la marine, de législation, de bibliographie.

D. L'opportunité de créer deux nouvelles commissions : 1° recherches scientifiques, dans le but de provoquer des recherches sur des sujets dentaires grâce à des moyens et à des ressources ayant une origine internationale ; 2° Croix Rouge, pour établir des relations permanentes entre notre profession et l'Association internationale de la Croix-Rouge.

E. L'élaboration d'instructions précises et claires pour chacune de ces commissions afin qu'elles préparent des rapports devant faire l'objet de nos discussions à notre prochaine assemblée générale.

F. La fixation du lieu et de la date auxquels il convient de tenir le prochain Congrès dentaire international.

La discussion de ces questions suffit à nous occuper et à faire de cette réunion préparatoire la base de l'avenir de la F. D. I. qui doit prendre par la suite une importance beaucoup plus grande que dans le passé pour le progrès de la dentisterie.

Depuis notre dernière session — en 1914 — il a été fait beaucoup dans divers pays et chaque fois nous avons remarqué l'influence bienfaisante de la F. D. I. Le Chili est parvenu à faire entrer l'enseignement de la dentisterie dans l'Université de l'Etat, à donner aux professeurs de l'Ecole dentaire le rang de professeur d'Université, avec la haute considération académique qu'un maître peut avoir.

L'Allemagne a créé le grade de *docteur en médecine dentaire* et deux Universités de plus ont été autorisées à conférer ce titre.

Les Etats-Unis, avec leur Association dentaire nationale de 30.000 membres sur 45.000 praticiens, ont également fait de grands progrès pendant ce temps. La durée des études a été portée à 4 ans et modifiée, en ce sens qu'on attache plus d'importance à la préparation scientifique des étudiants. L'hygiène dentaire a fait de grands progrès. Le certificat d'infirmière dentaire a été créé dans différents centres et une grande institution, le Dispensaire dentaire de Rochester, dotée de 11.800 000 dollars.

L'Italie, sur l'initiative de M. Chiavaro, refond l'organisation de l'enseignement dentaire et crée le titre de docteur en chirurgie dentaire.

L'Espagne a réussi à obtenir les soins dentaires obligatoires pour les pauvres, aux frais des municipalités, et je puis dire que presque tous les pays d'Europe sont parvenus à organiser des services dentaires dans leurs armées de terre et de mer.

Chacun de ces progrès n'était en 1914 qu'à l'état de vœu de la F. D. I. et nous les voyons maintenant transformés en réalités.

Il n'est pas étonnant que les éléments philanthropiques, progressistes et laborieux de notre profession soient désireux de voir continuer l'œuvre de la F. D. I. et formulent le souhait que la F. D. I. reprenne son action suspendue depuis 1914.

C'est sur ce terrain, si vous l'acceptez, que nous allons aborder la discussion des points signalés dans cet exposé (lettres A à F) et nous arriverons sûrement à faire de la F. D. I. une des organisations les plus appréciées, les plus progressistes et les plus influentes pour le bien de la science.

Le président prononce une allocution rappelant les travaux de la F. D. I. dans le passé en signalant la nécessité de les reprendre.

M. Kirk demande que M. de Boer veuille bien faire connaître les conditions dans lesquelles a été préparée la réunion.

M. de Boer donne lecture d'un exposé à cet égard.

M. Rosenthal pense qu'il est nécessaire de savoir d'abord si le sentiment actuel est le même qu'avant la guerre.

M. Godon estime que la présence de nombreux délégués témoigne du désir de reprendre les relations internationales.

M. Rosenthal demande que l'on mette aux voix la question de savoir si la F. D. I. doit continuer à fonctionner *comme avant*.

M. Kirk, considérant que la F. D. I. ayant un caractère professionnel et non politique doit continuer d'exister, demande la suppression des mots *comme avant*.

Il est procédé au vote par appel nominal sur la proposition Rosenthal, modifiée par M. Kirk, qui est approuvée par 17 voix contre 1.

M. Rosenthal déclare que dans ces conditions il se démet de ses fonctions de trésorier.

Il fournit quelques indications sur la situation financière de la F. D. I.

A. *M. Aguilar* signale les difficultés provenant des variations du change pour le paiement des cotisations.

Un échange de vues a lieu à cet égard ; il est décidé qu'une commission composée de MM. G. Villain, Chiavaro, Rosenthal, présentera un rapport sur cette question à la réunion du lendemain de la F. D. I.

B. *M. Aguilar* indique la situation du fonds Miller et propose de le laisser où il est et tel qu'il est constitué.

Après discussion il est décidé de renvoyer cette question à la prochaine réunion officielle de la F. D. I., en ne touchant pas à ce fonds actuellement.

C. *M. Aguilar* expose le rôle et la nécessité des Commissions qui préparent les travaux des Assemblées générales de la F. D. I.

Il propose que les vides existants soient comblés par des membres désignés provisoirement, dont la nomination serait ensuite soumise à la ratification du Conseil exécutif à la prochaine réunion officielle. — Adopté.

Un certain nombre de membres présents sont chargés de faire à la séance du lendemain des propositions de noms.

M. Huet fait connaître le résultat des travaux de la Commission de

bibliographie et de documentation pendant la guerre et dépose le volume contenant ces travaux.

M. Godon signale l'importance de ce travail et demande des félicitations pour M. Huet.

MM. Aguilar et *Kirk* s'associent à la proposition, qui est accueillie par des applaudissements.

E. *M. Aguilar* propose la constitution de 2 nouvelles Commissions : recherches scientifiques, Croix Rouge. — Adopté.

F. La discussion est ouverte sur le lieu et la date du prochain Congrès et de la prochaine réunion officielle de la F. D. I.

M. Kirk annonce que les Etats-Unis célèbreront à Philadelphie en 1926 l'anniversaire de leur indépendance, notamment par une exposition des progrès de l'esprit humain et par une série de Congrès.

Le Maire de la ville et les membres de l'exposition l'ont chargé, ainsi que M. Turner, de proposer à la F. D. I. de tenir un Congrès dentaire international à Philadelphie à cette occasion. Il donne lecture des lettres d'invitation du Maire et du Comité et ajoute que l'invitation est appuyée par des invitations de *l'Association Dentaire Nationale* et des sociétés dentaires de Philadelphie.

Le Président ajoute qu'il a reçu les mêmes invitations.

M. Godon propose d'accepter Philadelphie pour un Congrès dentaire international en 1926.

Un échange de vues a lieu entre plusieurs membres. Il est décidé que la prochaine réunion officielle de la F. D. I. aura lieu à Madrid en septembre 1922, en laissant aux représentants américains le soin de choisir, d'accord avec leurs compatriotes, le quantième du mois qui leur conviendra le mieux.

La séance est levée à 6 h. 1/4 avec ajournement au lendemain matin 10 heures.

Séance du 24 septembre.

Présidence de M. Brophy.

La séance est ouverte à 11 heures du matin.

Il est procédé à la constitution des Commissions d'enseignement, de législation, de la Croix Rouge, de bibliographie, d'hygiène, de recherches scientifiques, de terminologie, de l'armée et de la marine.

M. Chiavaro propose la constitution d'une Commission de la presse dentaire. — Adopté.

M. Brophy propose la création d'une Commission de pathologie et de chirurgie buccales.

M. G. Villain propose, au lieu de multiplier les Commissions, de former, au sein de celles qui existent ou pourraient être créées, des Sous-Commissions dans le but de répartir le travail, ce qui permettrait, d'autre part, de réunir en une seule plusieurs des Commissions existantes qui ont beaucoup de points communs, telles que la Commission de législation, celle de jurisprudence, celle de déontolo-

gie, qui peuvent ne former qu'une seule Commission dite de législation, jurisprudence et déontologie, avec trois Sous-Commissions. Il demande, en outre, qu'on ajoute aux noms des membres des Commissions les noms de ceux qui en faisaient déjà partie antérieurement. — Adopté.

M. Aguilar indique les instructions à donner, pour orienter son travail, à chaque Commission en particulier et, se référant à celle de législation, croit devoir étudier la façon de créer le titre de docteur en Odontologie dans les pays où il n'existe pas encore.

M. G. Villain estime à propos qu'il soit établi un rapport faisant connaître l'état de l'enseignement dentaire dans chaque pays.

M. Kirk propose de demander au président de chaque Commission qu'il envoie un rapport sur le travail fait par celle-ci depuis la dernière session.

M. G. Villain, considérant que quelques-uns des anciens présidents de Commission sont morts, croit qu'il faut désigner un rapporteur dans chacune.

M. Brophy pense qu'il faut demander le travail à la Commission et que celle-ci doit se charger de choisir un rapporteur parmi ses membres.

M. Aguilar dit qu'il n'y a pas à s'occuper des Commissions qui ont un président et qu'on peut nommer un rapporteur pour celles qui n'ont pas de président.

Il insiste pour que la Commission d'enseignement fasse un rapport sur la façon dont l'enseignement dentaire doit être donné et les matières qu'il doit comprendre, afin qu'il serve de type à ceux qui sont chargés de cet enseignement dans les divers pays.

M. Kirk dit qu'aux Etats-Unis, après une longue période d'essais, on est arrivé à un plan d'études suffisamment complet et qu'on peut en aviser la Commission.

La séance est suspendue à 1 heure.

***

La séance est reprise à 3 heures.

M. Kirk donne lecture d'une lettre de l'Association dentaire britannique exprimant le désir qu'on se mette en rapports avec la Croix Rouge.

M. Aguilar présente une motion tendant à ce que la F. D. I. se mette en relations avec la Croix-Rouge. — Adopté.

Il propose que, en raison des qualités de M. Rosenthal, l'Assemblée le prie de retirer sa démission de trésorier de la F. D. I.

MM. Kirk, *Godon* et *Brophy* appuient la proposition.

M Rosenthal remercie de la marque de confiance qui lui est donnée et reprend sa démission.

M. Huet propose que la Commission de bibliographie fasse un résumé de tout ce qui a été publié touchant l'odontologie. — Adopté.

M. Aguilar demande que la Commission de la presse dentaire étudie un code de déontologie pour la presse professionnelle. — Adopté.

Il estime que la Commission de recherches scientifiques doit étudier

la possibilité de créer un centre international de recherches dentaires scientifiques. — Adopté.

M. Rosenthal croit à propos que la Commission dresse un rapport sur tout ce qui a été fait touchant l'odontologie pendant la dernière guerre.

M. Chiavaro demande que la Commission étudie ce que doit être l'organisation-type pour l'armée de terre et la marine. — Adopté.

Il est procédé à la désignation pour chaque Commission d'un rapporteur et d'un rapporteur suppléant.

M. Aguilar estime qu'on doit recommander à la Commission d'hygiène dentaire d'établir un rapport pour savoir si l'hygiène dentaire dans les villes, écoles, etc., doit être obligatoire et dans quelle mesure. — Adopté.

Il propose d'adresser un télégramme à M. Paterson pour le saluer et lui demander sa coopération à Madrid. — Adopté.

Il propose de demander à la réunion officielle de la F. D. I. que le Congrès dentaire international ait lieu à Philadelphie en 1926 conformément à l'invitation des délégués américains. — Adopté.

Il propose que MM. Kirk et Turner adressent, au nom de la F.D.I., des remerciements pour leur invitation au Maire de Philadelphie et à la Commission organisatrice des Congrès du progrès de l'esprit humain. — Adopté.

Il présente une motion de remerciements à M. Huet pour ses travaux de bibliographie. — Adopté.

Il est procédé à la revision de la liste des membres de la F. D. I.

M. G. Villain demande qu'il soit dressé un compte rendu unique pour tous les journaux professionnels. — Adopté.

M. Chiavaro donne lecture des propositions de la Commission nommée la veille, aux termes desquelles, pour 1921, les membres payeront leurs cotisations en monnaie de leur pays au pair et seront invités à acquitter la totalité ou une partie de leurs cotisations de 1914 à 1920. — Adopté.

M. Aguilar donne lecture du procès-verbal de la séance de la veille. — Adopté.

MM. Kirk, Brophy et *Aguilar* saluent la mémoire des confrères morts, notamment de M. Cryer. Il est décidé d'envoyer une lettre de condoléances à sa veuve.

M. Aguilar remercie les délégués américains, en particulier MM. Brophy et Kirk, pour avoir assisté à cette réunion.

M. G. Villain demande un vote de remerciements pour le travail du secrétaire général M. Aguilar.

Sur la proposition de *M. Kirk*, des remerciements sont adressés au Comité hollandais pour son accueil et sa cordiale hospitalité.

La séance est levée à 6 heures.

***

Dans une réunion spéciale le bureau du Conseil exécutif décide que les cotisations de 1921 seront recouvrées immédiatement.

HYGIÈNE DENTAIRE

SUÈDE

Le Gouvernement suédois a nommé en 1913 un Comité pour élaborer un rapport et un projet de règlement destiné à assurer l'hygiène dentaire scolaire dans le Royaume. Au bout de 4 ans de travail le Comité a remis son rapport, qui ne compte pas moins de 378 pages. M. Albin Lenhardtson, de Stockholm, membre et rapporteur de ce Comité, a bien voulu nous adresser un résumé (de 22 pages) de ce rapport, résumé dont nous extrayons les indications sommaires suivantes :

Si un district scolaire organise l'hygiène dentaire pour les enfants des écoles primaires publiques et demande une subvention de l'Etat, cette hygiène sera dirigée par des chirurgiens-dentistes nommés par le Conseil scolaire pour un certain temps. Ces praticiens seront rétribués par an pour un certain nombre d'heures par semaine pendant les semestres scolaires ou par enfant traité.

Les praticiens qui commencent ce service avant 47 ans révolus versent à l'Etat ou à la Caisse des retraites chaque année une certaine somme qui leur permet, à 62 ans, de recevoir une pension de retraite.

Le dentiste scolaire examine au moins une fois par an les dents de tous les enfants des écoles primaires de sa circonscription et consigne par écrit le résultat de cet examen. A cette occasion il donne aux enfants les conseils d'hygiène et les prescriptions nécessaires.

Les dents reconnues avoir besoin de soins seront traitées par le dentiste scolaire dans un local fourni par le Conseil scolaire, et note sera prise de ces soins.

Les dents cariées seront obturées ; l'obturation des dents de lait sera limitée aux caries peu étendues ; les dents cariées non obturées seront extraites ; la bouche sera mise en état.

Si, au cours de sa visite, le dentiste scolaire trouve des enfants souffrant de maux de dents violents, ou si ceux-ci viennent le trouver pendant qu'il opère, ils devront être soignés aussitôt.

Le dentiste scolaire pourra se faire assister d'une infirmière ; mais pour opérer il ne pourra recourir qu'à un aide ayant le droit d'exercer.

Si le district scolaire fournit les instruments nécessaires, ceux-ci devront être rendus en bon état ; si le praticien les fournit lui-même, ils devront être de bonne qualité.

Chaque mois le dentiste scolaire fournira un rapport sur le mois précédent, qu'il remettra au dentiste inspecteur.

Dans l'année qui suivra l'organisation de l'hygiène dentaire scolaire dans un district, l'examen et le traitement pourront être limités à l'école maternelle.

Il sera nommé pour chaque district d'inspection des écoles primaires de l'Etat un dentiste inspecteur chargé de contrôler les chirurgiens-dentistes scolaires et placé sous l'autorité du directeur de l'Enseignement primaire. Il donne son avis sur les questions intéressant l'hygiène dentaire, notamment sur l'organisation du Service dentaire dans les districts scolaires qui demanderont celle-ci. Il consulte, à son tour, l'inspecteur primaire et, en cas de désaccord entre eux, l'affaire est tranchée par la Direction de l'Enseignement primaire.

Il facilite la création de services dentaires scolaires, le recrutement des praticiens nécessaires pour l'assurer, fournit des notes sur le travail exécuté par chacun. Il visite annuellement un nombre déterminé d'écoles de sa circonscription et examine l'état des dents des enfants traités par les dentistes scolaires.

Il donne son avis, de concert avec l'inspecteur primaire, sur les demandes de subvention pour services dentaires adressées à l'Etat par le district. Il adresse chaque mois à la Direction de l'enseignement primaire un rapport sur ses tournées.

Dans les districts où le service dentaire scolaire est créé tous les élèves sont soumis à la surveillance et au traitement du dentiste scolaire. Toutefois les parents peuvent faire donner ces soins par un autre dentiste.

Les maîtres et maîtresses des écoles soumises à cette obligation veillent à l'observation des prescriptions du dentiste scolaire ; ils s'assurent notamment que les enfants se présentent à l'école avec des bouches propres. Si les parents sont pauvres, le Conseil scolaire les pourvoit de brosses à dents.

Le montant de la subvention de l'Etat aux districts organisant le service dentaire scolaire est de 1 couronne (1 fr. 40) par an et par enfant si le nombre des habitants du district a été de 75 par kilom. carré à la fin de l'avant-dernière année ; 2 couronnes si ce nombre dépasse 25, mais est inférieur à 75 ; 3 couronnes si ce nombre dépasse 5, mais est inférieur à 25 ; 4 couronnes si ce nombre ne dépasse pas 5 par kil. carré.

En échange de la subvention de l'Etat, le district verse pour la pension des dentistes scolaires 10 öre (14 centim.) par enfant.

Un service dentaire sera organisé dans les écoles normales primaires d'instituteurs et d'institutrices pour les élèves réguliers et pour les élèves des cours pratiques.

Si l'école normale est dans un district où le service dentaire est organisé, les élèves des cours pratiques bénéficieront de ce service ; dans le cas contraire, le directeur de l'établissement doit en organiser un, dans un local pour les deux catégories d'élèves. Sa décision à cet égard sera ratifiée par l'autorité supérieure dont il dépend.

Les frais en résultant sont à la charge de l'établissement, sauf le cas où il est en dehors d'un district où le service dentaire a été organisé pour les écoles primaires, car alors ces frais sont supportés par le district pour les élèves des cours pratiques.

L'école normale primaire autorisée à délivrer des diplômes aux maîtres et maîtresses de l'enseignement primaire reçoit, en outre du

montant des frais des soins dentaires donnés aux élèves des cours pratiques, sur le budget de l'Etat, 1 couronne par élève.

Dans les écoles secondaires les élèves des deux sexes sont soumis, pendant le semestre d'automne, à une inspection dentaire par un dentiste désigné, qui en consignera le résultat sur un registre.

Après l'inspection chaque élève recevra une fiche indiquant l'état de sa bouche et les soins qu'elle nécessite ; cette fiche sera soumise aux parents qui en détacheront un reçu préparé qu'ils signeront et renverront à l'établissement d'instruction où est leur enfant.

L'élève, muni de sa fiche, s'adressera à un dentiste pour être traité ; s'il néglige de le faire il pourra être exclu de l'établissement.

Les directeurs des écoles secondaires concluent avec des dentistes des contrats pour l'inspection annuelle, dont les frais sont couverts par l'établissement.

La direction des services dentaires des écoles primaires appartient au directeur de l'Enseignement primaire ; pour les écoles secondaires au directeur de l'Enseignement secondaire. A cet effet il est adjoint à chacune de ces directions un inspecteur en chef de l'hygiène dentaire scolaire, désigné par le Gouvernement. Ce poste est confié à un chirurgien-dentiste réputé.

Pour combattre la carie dentaire il faut recourir surtout à des mesures de propagande et notamment mettre en garde les enfants contre les dangers qu'elle présente ; il convient à cet égard de leur donner dans les écoles les enseignements nécessaires.

DISPENSAIRE DENTAIRE DE ROCHESTER

Le Dispensaire dentaire de Rochester fut fondé en 1915 par M. George Eastman qui promit, indépendamment de la construction et de l'installation, un don de 750.000 dollars si, au bout de 5 ans, l'institution avait donné des résultats satisfaisants. La construction fut achevée en 1916 et avec l'installation coûta 400 000 dollars. A l'automne de 1918 M. Eastman versa les 750.000 dollars promis et, en plus, 250.000 dollars. Depuis il a fait don de 800.000 dollars de plus et a doté l'établissement d'une somme de 1.800.000 dollars. La fondation fut faite à la condition que dix habitants de Rochester verseraient chacun 1.000 dollars par an pendant 5 ans ; la condition fut facilement remplie et le versement fut fait pour 6 ans, au lieu de 5. A l'expiration des 5 premières années les dix administrateurs s'engagèrent à verser chacun 1.000 dollars pendant une nouvelle période de 5 ans. En 1921 l'institution est administrée par un Conseil de 16 membres.

Une autre clause de la donation était que la ville de Rochester contribuerait pour 12.000 dollars par an pendant 5 ans. En 1916 elle s'engagea à verser pendant 5 ans une somme de 20.000 dollars.

Des dons importants furent faits par plusieurs bienfaiteurs pour le matériel; M. Hofheinz donna notamment 3.500.000 dollars pour l'installation de laboratoires de recherches.

La fondation estima préférable de prévenir la maladie que de la traiter; aussi tout en soignant et restaurant les dents, le but final est-il de rechercher à développer les méthodes de la dentisterie préventive. L'instruction des parents et des enfants est considérée comme un facteur important à cet égard.

Par l'éducation des mères on s'efforce de les inciter à amener leurs enfants au Dispensaire dès l'éruption de la première dent et de conserver ces enfants comme patients jusqu'à 16 ans et, seuls, les enfants jusqu'à cet âge sont admis et traités. Le règlement d'admission est basé sur le gain hebdomadaire de la famille.

Le service d'orthodontie est un des plus importants du Dispensaire; 150 cas y ont été traités en 1920.

A l'automne de 1916 il a été établi une école d'hygiénistes dentaires pour apprendre aux jeunes femmes les soins prophylactiques à donner dans les écoles, les institutions et les cabinets dentaires; 57 diplômées en sont sorties en 1920; on comptait 58 étudiants pour l'année 1920-1921.

Il a été annexé au Dispensaire un hôpital pour le traitement des végétations adénoïdes, des amygdales, du bec-de-lièvre, des fissures du palais, etc., mais il n'a commencé à fonctionner qu'à l'automne de 1919; depuis, 2480 opérations chirurgicales y ont été exécutées. En 1920 on a compté 3812 examens et 2354 opérations.

Les soins prophylactiques sont donnés dans les écoles par des équipes d'hygiénistes dentaires diplômés pourvues du matériel nécessaire. Jusqu'au 1er janvier 1921, 234.307 traitements prophylactiques ont été assurés.

Le service de radiographie a été presque doublé en 1920.

Le Bureau des enquêtes veille à ce qu'aucun patient ne reçoive de soins au Dispensaire si les ressources de sa famille lui permettent de recourir à un praticien; il a une tâche très difficile.

Un praticien du Dispensaire est chargé de faire des conférences aux étudiantes hygiénistes sur l'hygiène buccale, les questions sanitaires, etc.

Les principales opérations faites au Dispensaire en 1920 se résument ainsi: traitements dentaires 50.756; traitements de racines 15.888; obturations à l'amalgame 10.769; obturations au ciment 13.255; redressements 4.155; extractions 12.191; consultations 46 911; traitements prophylactiques dans les écoles 64.368.

Recettes du Dispensaire 114.386 dollars (en 1920).
Dépenses id. 115.178 id.

BIBLIOGRAPHIE

Prothèse. Principes généraux appliqués aux différentes prothèses,
Par Georges VILLAIN.

Ce volume, qui fait partie de la *Bibliothèque du chirurgien-dentiste* et publié en juillet dernier chez J. B. Baillière et fils, sera analysé dans un prochain numéro.

Annuaire médical français.

L'Annuaire médical français (2e année), édition de 1921, vient de paraître à la Société française de Publicité médicale, 49, rue Geoffroy-Saint-Hilaire, Paris. Outre les listes des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes, classés dans l'ordre général, puis par rues pour Paris, par localités pour les départements, cet annuaire contient une foule de renseignements pratiques sur la législation médicale, pharmaceutique ou médico sociale (accidents du travail, loi des pensions, etc.), sur la vie des syndicats, des universités, des facultés, des hôpitaux, sur l'exercice de l'art dentaire, les impôts et le loyer du dentiste, les écoles dentaires, etc. Il contient en outre les listes commerciales de tous les fournisseurs intéressant la profession de chirurgien-dentiste, appareils divers, dentifrices, dents artificielles, instruments de chirurgie, prothèse dentaire, etc.

C'est un volume in-8 de 1100 pages.

Livres reçus. — Nous avons reçu de notre confrère M. Juan Ubaldo Carrea, de Buenos-Ayres, deux brochures en espagnol intitulées : 1° *Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire supérieur par le conduit palatin postérieur* ; 2° *procédés d'anesthésie tronculaire des nerfs maxillaires*.

Nouveaux journaux. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Rivista di Odonto-stomatologia ed Odonto-tecnica*, organe officiel de la Fédération des dentistes d'Italie et du groupe Odonto-stomatologique méridional. Elle est dirigée par MM. Perna et Vainicher, avec M. Vincenzo Guerini comme directeur honoraire, et paraît tous les deux mois.

Nous avons reçu le premier numéro du *Bulletin trimestriel de la section dentaire de l'Association générale des étudiants de Nancy*.

NÉCROLOGIE

Burdiat.

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère M. Burdiat, membre de l'A. G. S. D. F. depuis de longues années.

Nous adressons à sa veuve et à toute sa famille nos sincères condoléances.

***

Notre confrère M. Delaplanche, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa mère, Mme Louis Delaplanche, survenue le 21 octobre, à l'âge de 69 ans.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris. — La Société d'Odontologie de Paris se réunira le mardi 6 décembre, à 8 h. 30 du soir, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 13 décembre, à 8 h. 30 du soir, 45 rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de l'assemblée du 14 décembre 1920 ;
2° Correspondance ;
3° Rapport du Secrétaire général ;
4° Rapport du Trésorier ;
5° Election de onze membres du Conseil d'administration ;
6° Projet de création d'une caisse des retraites pour le personnel (M. Henri Villain) ;
7° Transformation et nouvelles dispositions des locaux de l'Ecole : stage, scolarité (M. G. Villain) ;

8° Réorganisation des services de l'enseignement et du Dispensaire (M. G. Villain) ;

9° Hygiène dentaire scolaire ;

10° Questions et propositions diverses.

Dix membres sortants rééligibles : MM. Cadic, Eudlitz, Fié, Frinault, Miégeville, Pillière, Solas, L. Viau, G. Villain, Wallis-Davy.

Un siège devenu vacant par la nomination de M. Godon comme président honoraire du Conseil d'administration.

NOTA. — Il sera procédé au vote à 10 heures.

1er Congrès brésilien d'Odontologie. — Le 1er congrès brésilien d'Odontologie aura lieu le 7 septembre 1922 à Rio de-Janeiro.

1er Congrès dentaire chilien. — Le 1er congrès dentaire chilien a eu lieu les 15, 16 et 17 septembre 1921 à Santiago de Chili.

Nomination. — Notre collaborateur M. Etchepareborda, de Buenos-Ayres, membre de l'A. G. S. D. F., a résigné ses fonctions de professeur à l'Ecole dentaire de cette ville ; il a été nommé professeur honoraire par la Faculté de médecine et remplacé par le Dr Cabanne.

Statistique des dentistes canadiens. — On compte 2590 dentistes au Canada pour une population de 8.808.109 habitants.

Examens de chirurgien-dentiste. — Les sessions d'examens pour l'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste ont été fixées ainsi pour la Faculté de médecine de Paris :

Session de Juin-Juillet 1922.

1° *Examen de validation de stage* :

Ouverture de la session le lundi 12 juin 1922.

Les candidats produiront le certificat attestant qu'ils justifient des deux années régulières de stage (ce certificat devant être établi sur papier timbré).

Consignations (au secrétariat de la Faculté), les lundi 29 mai et mardi 30 mai, de midi à 3 heures.

2° *Premier, deuxième et troisième examens :*

Ouverture de la session le lundi 26 juin 1922.

Consignations (au Secrétariat de la Faculté), les lundi 12 juin et mardi 13 juin, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de 4, 8, 12 inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément les deux parties du 3e examen.

Mariages. — Le mariage de Mlle Suzanne Roy, fille de M. le Dr Roy, notre rédacteur en chef, avec M. Pierre Bouchard, a été célébré le jeudi 3 novembre à la mairie du 8e arrondissement dans la plus stricte intimité.

Néanmoins, les salles étaient trop petites pour contenir la nombreuse assistance qui s'y pressait et dans laquelle on comptait beaucoup de confrères venus complimenter M. et Mme Roy et apporter leurs félicitations aux nouveaux époux. L'Ecole dentaire de Paris et l'A. G. S. D. F. étaient largement représentées.

L'après-midi une brillante réception dansante à la Maison des Centraux, 8, rue Jean-Goujon, a réuni également, de 2 heures à 7 heures, de très nombreux invités, dont la plupart n'avaient pu trouver place à la cérémonie du matin.

Nous renouvelons nos souhaits de bonheur et nos vœux de prospérité aux jeunes mariés, en adressant à nouveau à notre rédacteur en chef l'expression de nos sentiments cordiaux et à Mme Roy nos sympathiques hommages.

*
* *

Le mariage de Mlle Marguerite Collart, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. le Dr André Thomas, a été célébré le 25 octobre dernier.

Le mariage de notre confrère Mme Favre-Thomas, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Henri Guerre, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre, a eu lieu le 4 octobre dans la plus stricte intimité.

Le mariage de notre confrère M. René Sudaka, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Irma Jonathan, a été célébré le 10 novembre 1921.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Syndicat des chirurgiens-dentistes du Rhône et des Régions voisines. — L'assemblée générale a eu lieu le samedi 12 novembre 1921, chez Berrier et Millet, 31, place Bellecour, à Lyon, à 17 heures.

Elle a été suivie d'un banquet auquel les dames étaient admises.

Ordre du jour :

1° Procès-verbal ; 2° allocution du président ; 3° compte rendu du secrétaire général ; 4° compte rendu du trésorier ; 5° élections statutaires (le vote par correspondance est admis) ; 6° questions diverses.

Prix de la Société des Chirurgiens de Paris. — Le prix annuel de mille francs en espèces sera décerné au meilleur travail original et inédit envoyé à la Société des Chirurgiens de Paris avant le 31 décembre 1921.

Le prix n'est pas divisible.

Conditions à remplir :

Etre français. — Envoyer ce travail, imprimé ou dactylographié en deux exemplaires, au secrétariat général de la Société, 44, rue de Rennes, Paris.

DERNIÈRE HEURE

25e anniversaire de la fondation de l'Association Générale des Dentistes de Belgique. — Les nécessités du tirage ne nous permettent pas de rendre compte dans ce numéro du grand succès obtenu par les réunions de Bruxelles des 12, 13 et 14 novembre, auxquelles le Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., avaient envoyé une nombreuse assistance.

Nous en publierons le compte rendu dans un prochain numéro.

41e ANNÉE. N° 12 30 DÉCEMBRE 1921 VOL. LIX.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

HYGIÈNE DENTAIRE PUBLIQUE

Par le Dr Charles GODON.

(Communication au Congrès de Rouen, août 1921).

DE LA NÉCESSITÉ DE CRÉER EN FRANCE, POUR LE TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE DES ENFANTS DES ÉCOLES ET DES ADULTES, DES DISPENSAIRES SPÉCIAUX COMPRENANT :

a) DES SERVICES DE CONSULTATION ET D'EXAMEN DES DENTS ;

b) DES SERVICES DISTINCTS DE TRAITEMENT COMPLET DE DENTISTERIE OPÉRATOIRE ET DE PROTHÈSE AVEC LE PERSONNEL DE TECHNICIENS : CHIRURGIENS-DENTISTES ET MÉCANICIENS-DENTISTES, AINSI QUE LE MATÉRIEL MODERNE QUE CETTE ORGANISATION COMPORTE.

Cette question de l'hygiène dentaire publique et de l'organisation de services distincts d'examen et de traitement qu'elle nécessite doit être plus que jamais à l'ordre du jour de nos réunions professionnelles.

Déjà, l'année dernière, à la session de Strasbourg de l'A. F. A. S., nous avons cru devoir présenter sur ce sujet une communication terminée par des vœux qui ont été adoptés, appuyant près des pouvoirs publics les propositions de loi de MM. les sénateurs Chéron, Doumergue et Strauss, sur ces questions.

Rappelons que ces propositions ont pour but : celle de

M. Chéron, d'ajouter à la loi du 15 juillet 1893 un quatrième paragraphe portant :

« *Les soins dentaires aux personnes privées de ressources font* » *partie de l'assistance médicale et le service de l'assistance médicale* » *sera organisé en conséquence.* »

La proposition relative à l'Hygiène dentaire dans les écoles primaires de MM. Paul Strauss, Henri Chéron et Gaston Doumergue tend à :

« *Instituer dans toutes les écoles primaires publiques pour rat-* » *tachement et comme complément à l'inspection médicale des ser-* » *vices distincts d'inspection et de traitement dentaires.* »

Ces propositions font l'objet de l'étude d'une commission du Sénat chargée de la protection de la santé publique ; un rapporteur a été nommé, M. le sénateur Louis Guillois, et nous espérons qu'elles viendront bientôt à l'ordre du jour de la grande assemblée ; mais pour en activer l'adoption nous ne saurions trop en poursuivre la propagande et l'étude de notre côté, car ces questions soulèvent des objections de la part de l'Administration au point de vue pratique et au point de vue des répercussions financières notamment ; nous retrouvons en face de nous la même opposition que nous avons rencontrée de la part de l'Administration militaire lorsque nous lui avons proposé en 1913 la création de centres dentaires pour les soldats.

« Les dentistes ne peuvent être que *gêne et embarras* », nous fut-il répondu. Et peu de temps après l'autorité militaire se voyait obligée de créer par toute la France des centres de dentisterie et de prothèse dentaire sur le modèle du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face créé par l'École dentaire de Paris et dont le dispensaire devenait bientôt, avec le comité, le dispensaire V. G. 88.

Inutile d'insister sur les services qu'ils ont rendus, la reconnaissance que les pouvoirs publics ont témoignée à la profession par les lois et décrets y relatifs qu'ils ont édictés suffit à le prouver (Voir *Odontologie* et rapports spéciaux).

Nous nous trouvons actuellement, en ce qui concerne

l'hygiène dentaire publique, en présence d'une situation qui offre certaines analogies avec celle de 1914 relativement à l'hygiène dentaire à l'armée.

La carie dentaire constitue pour la santé publique un véritable danger par suite de l'extension de la tuberculose dont elle est un des facteurs les plus sérieux.

Il est maintenant admis qu'elle doit être combattue par des examens semestriels des dents des enfants dès l'âge de 4 ans et le traitement complet des caries, ainsi que cela a lieu dans les écoles normales primaires et dans les internats annexés aux écoles primaires supérieures et les lycées, comme l'a prescrit la circulaire de M. Doumergue, ministre de l'Instruction publique, du 27 mars 1908 sur nos propositions.

Il reste encore un effort à faire pour que les bienfaits de cette circulaire soient étendus à toutes les écoles primaires, c'est-à-dire à tous les enfants d'âge scolaire en France, qui ont des dents atteintes de caries dans la proportion de 95 o/o.

C'est le but de la proposition actuellement soumise au Sénat par MM. Strauss, Chéron et Doumergue. Espérons qu'elle sera bientôt adoptée. Il faut donc continuer jusqu'à la réussite l'agitation sur ces questions qui sont liées, car il reste encore les adultes, clientèle des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance, en un mot les pauvres, pour lesquels des services semblables sont nécessaires.

A notre assemblée générale du 12 novembre dernier du quarantième anniversaire de la fondation du groupement de l'École dentaire de Paris, notre collègue le Dr M. Roy a présenté un excellent rapport sur ces questions d'hygiène publique avec des conclusions qui réclamaient, comme il l'avait déjà demandé dans une brochure spéciale, notamment, l'organisation de services d'examen et de traitements obligatoires des caries des dents des enfants des écoles. Ces conclusions ont été adoptées.

Enfin, de divers côtés en France et à l'étranger la même question a fait l'objet de rapports, travaux et discussions

dans les réunions professionnelles et de décisions des pouvoirs publics dont nous avons signalé les principales.

Au début de cette communication et en présence des délégués de la British Dental Association qui nous font l'honneur d'assister à notre congrès, nous tenons à rappeler ici la mémoire du Dr Geo. Cuningham, de Cambridge, qui a été un des premiers et des plus dévoués pionniers de l'hygiène dentaire scolaire dans nos congrès nationaux et internationaux et a tant contribué à l'organisation de ces services en Angleterre et particulièrement à Cambridge pendant plus de 30 ans.

J'apprends que le *Bulletin officiel* de Madrid du 28 mars 1921 annonce la création dans cette capitale de 5 dentistes municipaux, et un projet de création d'un corps de dentistes municipaux suffisant pour les besoins de la population de la capitale est en préparation (Voir *Odontologie* d'août 1921).

Au mois de juin dernier je recevais de notre distingué collègue M. Lenhardtson, de Stockholm, membre assidu de la F. D. I., le résumé d'un important rapport de 378 pages sur l'*hygiène dentaire pour la jeunesse scolaire* qu'il avait été chargé de faire en qualité de secrétaire du comité nommé en 1913 par le gouvernement royal de Suède. Dans ce rapport il examine et indique les conditions nécessaires pour assurer une bonne hygiène des dents de la jeunesse scolaire et combattre les ravages de la carie dentaire dans toutes les communes de la Suède.

Je me borne à ajouter que ce rapport a été très apprécié et adopté par l'Union des chirurgiens-dentistes de Suède et par la société suédoise des chirurgiens-dentistes. En résumé il y indique les mesures à prendre pour l'organisation de ces services d'hygiène dentaire.

Je rappellerai que le ministre de l'Instruction publique de France a été saisi par l'École dentaire de Paris, ainsi que le Conseil municipal de Paris, d'une pétition dans le même but pour les enfants des écoles primaires.

Par une décision récente du Conseil municipal de Paris,

l'Administration est invitée à rechercher et à désigner les cliniques dentaires qui seront indiquées aux enfants (séance du 13 juillet 1921, proposition Tenneveau).

Nous avons reçu également un rapport du Dispensaire dentaire de Rochester, qui est une des villes des Etats-Unis les plus réputées pour l'organisation de services dentaires scolaires.

Ce dispensaire fut fondé en 1915 par M. G. Eastman qui le dota de 1.800.000 dollars ; cette souscription fut complétée par les habitants et par la ville de Rochester qui lui accorda une subvention de 20.000 dollars par an ; un M. Hotheinz donna 3.500.000 dollars.

Les soins prophylactiques sont assurés dans les écoles par des équipes d'hygiénistes dentaires diplômés pourvus du matériel nécessaire. Jusqu'au 1er janvier 1921 on a compté 234.307 traitements.

Notre ami le Dr Dubeau, doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Montréal, nous a remis un résumé de la question en ce qui concerne le Canada. La ville de Montréal a à son service 17 médecins et 36 infirmières qui, lors de leurs inspections dans les écoles, doivent signaler aux dentistes inspecteurs les enfants qui ont des dents cariées et ceux-ci les font soigner gratuitement par les dispensaires des deux écoles dentaires de la ville, la française et l'anglaise, que la ville subventionne dans ce but.

Le Dr Lemieux, chirurgien-dentiste et député, que nous avons le plaisir de voir ici, nommé par la Ville, inspecteur des dents des enfants, a fait, avec son assistant, pendant l'année, 250 conférences aux enfants dans les écoles sur l'importance de l'hygiène dentaire. Il ajoute que dans beaucoup de villes américaines et canadiennes il y a des cliniques dentaires et que le mouvement, aidé par les associations féminines, progresse rapidement, comme on vient de le voir à Rochester notamment, grâce à l'attention qu'apporte la population aux soins dentaires.

Je viens de recevoir également de M. le Dr Hamman, l'excellent directeur de la si importante clinique dentaire

scolaire de la ville de Strasbourg, quelques renseignements statistiques sur le fonctionnement de la clinique, dont je ne cite que les suivants :

1° Les dépenses du budget pour 1921 s'élèvent à 123.000 fr. dont 87.000 fr. pour le personnel.

2° Le nombre des interventions a été de 10.473 pour 3.731 enfants.

Ces chiffres ont encore augmenté pour les 6 mois de 1921.

Enfin je veux signaler également le *projet de modifications à apporter aux consultations dentaires des hôpitaux de Paris présenté au nom de la Société des Dentistes des hôpitaux de Paris et à son Conseil de surveillance par le Dr Rousseau-Decelle*, au mois de juin dernier.

De ce projet, nous retiendrons d'abord les graves critiques adressées à l'organisation actuelle de ces cliniques, critiques qui peuvent s'appliquer également à presque tous les services dentaires des hôpitaux de province. Ces cliniques ne répondent pas, dit le rapporteur, au but poursuivi, ni aux exigences de la dentisterie et de la prothèse modernes telles qu'elles sont appliquées dans la plupart des dispensaires et des Ecoles dentaires en France et à l'étranger.

Ces cliniques ne rendent pas les services qu'on serait en droit d'en attendre, car dans la plupart d'entre elles, par la force même des choses, la thérapeutique doit se borner aux extractions et à l'application de simples pansements calmants. C'est une organisation surannée qui ne répond plus aux progrès de la stomatologie ni au développement de l'hygiène sociale, dit le rapporteur.

Le projet de réformes présenté montre ce qu'il manque d'essentiel aux services de consultations dentaires des hôpitaux comme locaux, matériel et personnel, pour qu'ils répondent à leur but et qu'il soit possible de donner aux consultants, après la consultation et le pansement calmant, le *traitement dentaire complet*. Or pour ce traitement

dentaire complet, ce qui est essentiel, c'est le dispensaire dentaire comprenant une grande salle de traitement de dentisterie opératoire, un laboratoire de prothèse, bien éclairés, possédant tout le matériel moderne, ainsi que le nombreux personnel de techniciens ; chirurgiens-dentistes, mécaniciens-dentistes, assistants, infirmières, etc., que ces services comportent. Les traitements dentaires complets ne permettant d'opérer que deux ou trois personnes par heure et par jour.

C'est ainsi que ces services fonctionnent dans les grandes villes de l'étranger, en Angleterre, au Canada, aux Etats-Unis, en Suisse, en Allemagne surtout, comme nous l'avons vu fonctionner à Strasbourg l'année dernière, comme on peut le voir fonctionner à Paris dans nos deux Ecoles dentaires annexes de l'Assistance publique et à Lyon par exemple, ainsi qu'au Dispensaire dentaire que nous avons créé dans le VIIIe arrondissement de Paris [1].

Les différents documents que je vous ai présentés, ainsi que les considérations dont je les ai accompagnés, m'amènent aux conclusions suivantes :

1° Des soins dentaires réguliers (examens et traitements semestriels des dents) sont nécessaires aux enfants à partir de l'âge de 4 ans, comme cela existe dans la plupart des pays étrangers et comme le proposent MM. les Sénateurs Paul Strauss, Doumergue et Chéron pour les enfants des écoles primaires dans leurs propositions actuellement soumises au Sénat ;

2° En ce qui concerne les adultes privés de ressources, il y a lieu de créer dans les grandes villes, surtout à Paris, à Lyon, à Bordeaux, etc., des dispensaires comprenant non seulement des services de consultations et d'examens des dents, mais encore des services distincts de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire avec tout le personnel de

---

1. Voir le rapport sur l'hygiène dentaire publique et en particulier sur l'hygiène dentaire scolaire (inspection et traitement), par le Dr Ch. Godon, présenté au Congrès de Strasbourg, juillet 1920.

techniciens (chirurgiens-dentistes, mécaniciens-dentistes) et le matériel que comporte la dentisterie moderne, comme avait dû les créer le Service de Santé pendant la guerre pour les militaires ;

3° Ces considérations doivent s'appliquer aussi bien aux services dentaires scolaires, qu'aux services dentaires des hôpitaux qui ne comprennent pour la plupart que des simples services de consultation où il n'est possible de faire que des pansements calmants ou des extractions, comme on l'a vu dans le rapport des dentistes des Hôpitaux de Paris.

QUATRE OBSERVATIONS RELATIVES A LA PROTHÈSE DANS LE TRAITEMENT DE LA PYORRHÉE

Par A. BEAUREGARDT (de Paris).

(Communication au Congrès de Rouen, août 1921).

La pyorrhée étant à l'ordre du jour de la section d'odontologie au Congrès de l'A. F. A. S., il était de notre devoir, malgré notre jeune expérience, de vous apporter quelques résultats obtenus par la méthode de l'immobilisation des dents.

Cette méthode n'est pas nouvelle, mais elle doit, semble-t-il, prendre une forme plus complète, et son application être plus précise.

Chacun sait, d'après les derniers travaux sur les causes de la pyorrhée, que la lésion initiale se traduit par la résorption des procès alvéolaires. Au déséquilibre des rapports anatomiques s'ajoutent des phénomènes d'ordre infectieux. Le but de l'immobilisation est donc de compenser la déficience squelettique ; puis il nous sera possible de combattre l'infection.

Nous vous présentons 4 observations, choisies parmi les cas les plus typiques que nous avons traités depuis notre démobilisation en 1919.

Leur intérêt consiste dans la manière dont les appareils ont été conçus, car, contrairement à ce qui a été préconisé jusqu'à présent, plusieurs sont amovibles.

Les ancrages sont donc constitués par des inlays à pivot fixe, par des inlays à pivot amovible et des couronnes télescopes. Nous n'ignorons pas que, n'ayant pu exploiter à fond la méthode, nous aurons à surmonter des difficultés imprévues, mais que nous croyons réalisables.

OBSERVATION I. — Mme J. vint nous consulter en juin 1919, pour une pyorrhée généralisée, qui la désolait autant pour les douleurs qu'elle éprouvait que dans la crainte de la perte prochaine de la plupart de ses dents.

Les gencives, les dents présentaient les caractères habituels de

la pyorrhée. Les grosses molaires supérieures et inférieures et la $\overline{6|5}$, qui avaient été radiculectomisées quelques années auparavant étaient assez résistantes, mais les dents suivantes étaient complètement mobiles. $\dfrac{4\ 3\ 2 \mid \ \ 2\ 3}{4\ 2\ 1 \mid 1\ 2\ 4}$.

Très grande sensibilité au chaud et au froid.

De plus, la malade était incommodée par de violentes céphalées et douleurs névralgiques qui s'étendaient jusque dans la région du cou et postérieure de la tête. Des troubles stomacaux et intestinaux étaient fréquents.

Pour résumer, il semblait bien que tous les troubles généraux reconnaissaient pour cause, sur l'avis du médecin qui soignait notre malade, l'infection des lésions dentaires.

Cette dame avait consulté, dans plusieurs capitales, d'éminents confrères. Tous les traitements avaient été essayés, auto-vaccin et néosalvarsan.

Le plus clair des résultats se traduisait par un appareil de 3 dents, remplaçant surtout les deux incisives centrales supérieures, et qui, par l'irritation qu'il produisait sur les tissus mous, ne se montrait pas curatif.

Nous avons été aussi peu encourageant dans nos pronostics que nos confrères, et avec beaucoup moins d'autorité.

Nous avions la reproduction de ses arcades en moulages, et pour limiter nos méditations réciproques, nous déclarons avec prudence que, peut-être après étude plus sérieuse, il y aurait quelque chose à tenter.

L'histoire de cette malade se passait au moment où M. le Dr Roy présentait à la Société d'odontologie de Paris ses études sur la pathologie et la prophylaxie de la pyorrhée ; aussi, fort de ses conclusions, nous nous sommes senti plus autorisé pour essayer de traiter, dans la mesure du possible, le cas qui venait de nous être soumis.

Les radiculectomies nécessaires furent exécutées.

L'appareil du haut a été placé en novembre 1919.

L'appareil du bas a été placé en mars 1920.

Description des appareils.

Sans porter atteinte à notre probité, nous pouvons déclarer que, peu de temps après la pose des appareils, les lésions locales ont été améliorées, les accidents généraux cessèrent et notre malade augmenta de poids.

Les appareils peuvent être enlevés et nettoyés. Nous conseillons toutes les mesures d'hygiène possibles, lavages au moyen d'une douche, massage des tissus mous. Nous procédons au curet-

tage des racines des dents avec facilité, et à la désinfection des poches. Nous avons appliqué l'électrolyse, méthode conseillée par le Dr Sturidge.

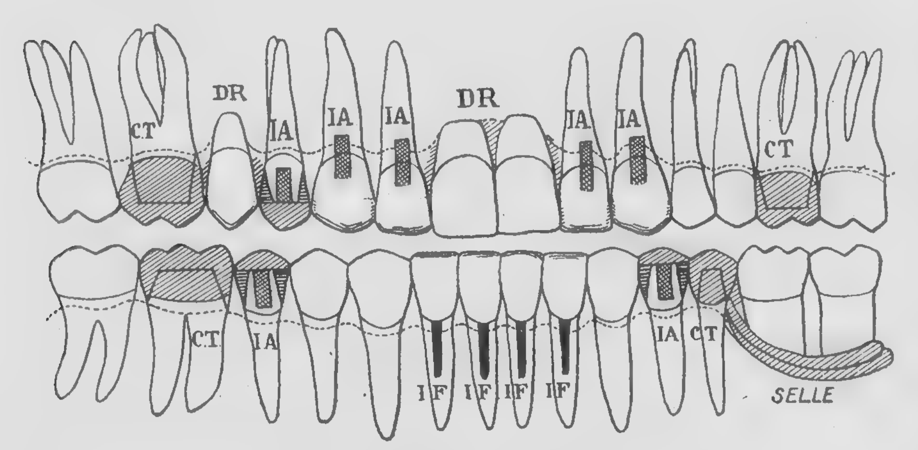


Fig. 1. — Schéma des appareils.

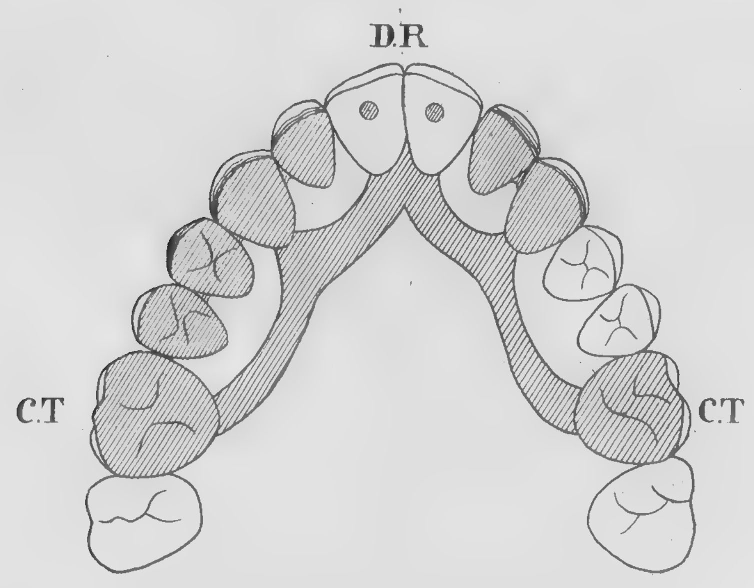


Fig. 2. — Disposition des barres palatines.

Pour conclure : les appareils de soutien ont certainement évité la chute de 9 dents au moins et reculé l'extension des lésions ; l'état actuel de la dentition ne permet pas d'envisager l'extraction d'une des dents et, si cette opération est nécessaire, très facilement nous les fixerons alors au bridge.

Observation II. — Mme M. vint nous consulter en avril 1920. Mobilité des incisives, canines et petites molaires inférieures. Pus en grande quantité.

Traitement : Radiculectomie totale terminée en juin.

La malade ne consentant pas à se laisser extraire les racines de |7 nous procédons au traitement radiculaire.

Application des appareils en juillet 1920.

Une semaine après, la racine antérieure de |7 provoque un abcès. Amputation de cette racine. Guérison.

Bons résultats jusqu'en janvier 1921.

Notre malade fait à cette époque une gingivite assez intense.

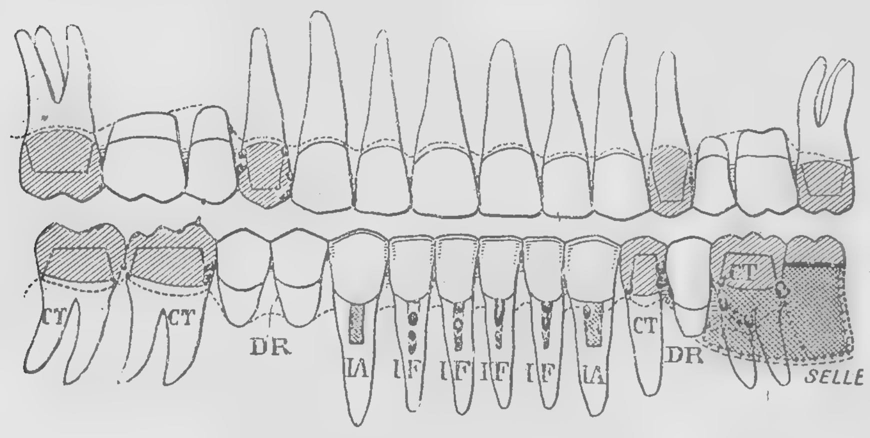


Fig. 3. — Schéma.

Habitant la région méditerranéenne, elle ne peut se faire soigner et se contente d'enlever son appareil.

Lavages. Guérison.

En mars dernier, notre malade, de passage à Paris, vint nous consulter et nous constatâmes que la bague placée sur la dent amputée |7 s'était déplacée. L'appareil ne put être remis.

Nous procédons à l'extraction de ce qui reste de |7 ; puis, en attendant la cicatrisation complète, nous adaptons à la partie correspondante de l'appareil une selle en caoutchouc noir.

L'appareil est très facilement replacé.

Curettages, lavages. Electrolyse.

Bons résultats.

Observation III. — M. C. nous consulte en septembre 1919 pour de violentes douleurs névralgiques sur le côté gauche.

A l'examen, pas de carie, grande mobilité de |6, douloureuse au choc. Pas de pus.

Radiculectomie. Guérison.

Nous faisons un examen plus approfondi et mettons en garde notre malade contre les accidents futurs.

Nous conseillons, pour commencer, de consolider le groupe supérieur gauche, puis le groupe inférieur droit des molaires.

Radiculectomies des groupes de molaires supérieures et inférieures.

Pose de l'appareil du haut le 20 octobre 1920.

Pose de l'appareil du bas le 6 décembre 1920.

Au cours de l'exécution des appareils, la racine palatine de $\underline{|6}$ et distale de $\overline{6|}$ firent des abcès.

Quelques jours après la pose des appareils et sans autre traitement, guérison.

Nous avons revu notre malade en avril dernier, gencives, dents et appareils se comportent bien.

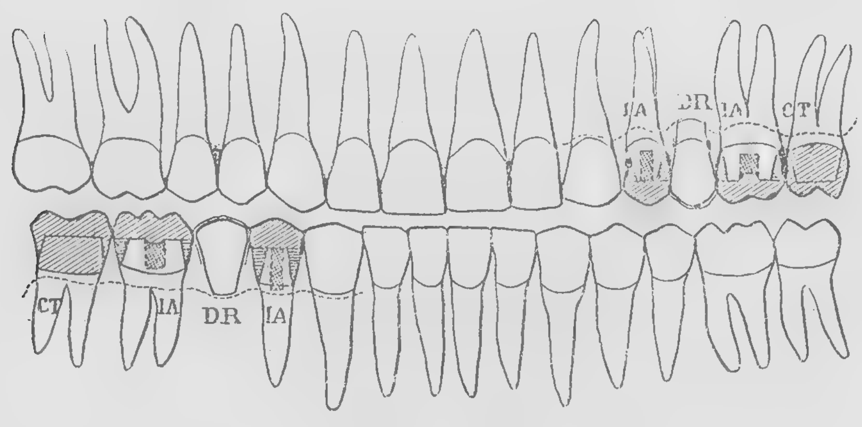


Fig. 4. — Schéma.

Observation IV. — M. V. vint nous consulter en novembre dernier parce que ses deux incisives inférieures menaçaient de le quitter.

Nous procédons à la radiculectomie des incisives et des canines.

Immobilisation des dents au moyen des inlays à pivots fixes. Les pivots des canines sont creux.

Pendant l'exécution de l'appareil, une incisive est extraite accidentellement. Après nettoyage, polissage, nous la remplaçons avec l'appareil. Curettages. Bons résultats.

Eventuellement, nous pourrons relier cet appareil aux appareils postérieurs, par la relation des inlays à pivots amovibles, placés sur les canines.

CONCLUSIONS.

1° Par la méthode de l'immobilisation ou de compensation, des dents ont été conservées, d'autres *préservées*.

2° Au point de vue prothétique, l'amovibilité permet, tant pour les appareils partiels que pour les appareils s'étendant à la totalité d'une arcade, des modifications multiples, au fur et à mesure de la progression des lésions, et ceci sans remplacement des appareils existants. Là où l'amovibilité ne sera pas applicable, ménager des ancrages sur les appareils fixes.

Enfin, nous nous proposons de vous apporter, en temps voulu, les résultats définitifs des cas décrits, car nous estimons qu'une statistique sérieuse, relatant un bon nombre de nos applications, encore expérimentales, nous permettra de juger quelle confiance nous devons accorder à la méthode de compensation.

Peut-être, par l'immobilisation des dents, pourrons-nous prévenir les accidents secondaires infectieux, dans les cas où de fortes présomptions nous indiquent la lente, mais sûre évolution de la redoutable pyorrhée alvéolaire.

RAPPORT SUR LES INFECTIONS PÉRI-APICALES ET LEURS RELATIONS AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES

Par Paul HOUSSET,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Présenté au Congrès de Rouen, août 1921.

(Suite et fin.)

QUATRIÈME PARTIE

RÉSECTION.

Cure radicale. Traitement extra-radiculaire trans-osseux. Curettage alvéolo-radiculaire avec ou sans résection apicale.

Nous connaissons tous les techniques préconisées à ce sujet par le Dr Frey, par le Dr Roy, etc. Les auteurs américains pratiquent fréquemment cette intervention dont le *modus operandi* est différent de celui des auteurs français.

Après trépanation de la dent, le Dr Roy fait une anesthésie locale, il incise au niveau du tissu cellulaire et non pas dans la fibro-muqueuse qui, d'après l'auteur « doit toujours être laissée en dehors de l'incision ».

Dans les abcès de petite dimension, usage de la fraise ; dans les abcès larges, emploi de la curette. Ablation des fongosités ; curettage de l'apex. La plaie est détergée au chlorure de zinc et les bords de l'incision sont placés en coaptation par la lèvre revenant en position normale. Il n'est pas pratiqué de suture. Le lendemain, obturation du canal à la pâte, un tampon d'ouate étant introduit dans la plaie de nouveau ouverte. Moyenne de la cicatrisation : 3 semaines.

Je vais résumer quelques méthodes américaines.

Emerson R. Sausser, de Philadelphie, pratique l'excision du tissu radiculaire lésé et le curettage de l'alvéole dans les conditions suivantes :

1° Chaque fois qu'il y a destruction du tissu radiculaire ;
2° Quand il existe une variété de granulome ou un kyste ;
3° En cas d'hypercémentose à la suite d'infection ;
4° Dans les cas d'instruments brisés dans les canaux ou d'anomalies très marquées de ceux-ci, rendant le traitement radiculaire incomplet ;
5° En cas de fracture ou de perforation ;
6° Dans les cas où il importe d'amener rapidement la disparition du foyer infectieux pour une raison d'ordre général.

Les contre-indications sont les suivantes :
a) Inaccessibilité. Os trop épais.
b) Rétention de la dent compromise par une résection trop étendue ;
c) Proximité d'un sinus ;
d) Dent fortement atteinte dans son ligament par la pyorrhée par exemple ;
e) Mauvais état général.

Classification des dents selon leur accessibilité :
1° Incisives.
2° Canines supérieures.
3° 2ᵉ prémolaire supérieure.
4° 1ʳᵉ prémolaire supérieure.
5° 1ʳᵉ molaire supérieure (racines vestibulaires).
6° Canines inférieures.
7° 1ʳᵉ et 2ᵉ prémolaires inférieures.
8° 1ʳᵉ et 2ᵉ molaires supérieures (racines palatines).
Dans les molaires inférieures, diviser la dent verticalement *in toto* et extraire la racine malade.

TECHNIQUE.

Dans la majorité des cas, l'auteur obture le canal avant l'intervention et, si la racine doit porter une couronne, il la met en place ; il veille à ce que l'occlusion et l'articulation dans tous les cas soient parfaites. La bouche est nettoyée, désinfectée. L'anesthésie est locale ; pour les dents supérieures antérieures, application avec un porte-tampon de

novocaïne à 20 o/o dans les fosses nasales en plus de l'injection locale (Méthode de Prinz).

Localement, badigeonnage avec une solution saline iodée à 3 1/2 o/o après assèchement. Mise en place du bandeau crânien modifié de Killain et des écarteurs ou releveurs de la lèvre supérieure. Pompe à salive et champ opératoire limité par de la gaze stérile. Intervention avec un film radiographique comme guide (au point de vue direction et longueur de la racine et connexions avec les dents adjacentes ou le sinus). Une incision semi-lunaire est pratiquée, la courbe inférieure de cette incision ne venant pas trop près du collet et les extrémités touchant l'une et l'autre à la région apicale des dents voisines (5 m/m de chaque côté de la racine à traiter). L'incision est faite profondément et doit atteindre la périoste. Le lambeau est ensuite décollé, le périoste adhérant, sans aller trop haut ; un fil de soie fin est passé dans le lambeau ; ce fil est attaché au bandeau crânien, ceci empêche toute lésion du lambeau et supprime l'aide plus ou moins pratique de l'assistant.

Pour les racines palatines des molaires supérieures, l'incision est faite en sens inverse et le lambeau est attaché après la couronne. La fenêtre osseuse est pratiquée à l'aide d'une gouge, de ciseaux, de fraises, de tréphines (neuves). Irrigation avec une solution saline. Puis la partie lésée de la racine est entièrement réséquée avec une fraise à fissure, montée sur une pièce à main stérilisée. Curettage avec des excavateurs cuillers. Irrigation, tamponnement, hémostase, curettage des parois osseuses. L'extrémité radiculaire et les bords de la fenêtre osseuse sont adoucis à la fraise à finir, puis tamponnement et lavage avec une solution de Dakin (dichloramine T 5 o/o) : hémostase.

Le plus souvent, suture en deux points du lambeau avec la muqueuse (catgut oo) en prenant le tissu par de larges points un peu lâches. Toute la région est séchée. Deux épaisseurs de gaze stérile recouvrant les bords de l'incision sont placées et vernies et tenues en place par le vernis et la lèvre ou par un ruban de substance adhérente (sorte de

leucoplaste). Une canule très fine est parfois mise en place, traversant le pansement et la suture pour aboutir d'une part dans la cavité, d'autre part hors de la bouche et permettre des lavages de Dakin. En cas de suppuration, rare si l'opération a été bien conduite, on retire les fils.

Applications chaudes ou froides.

Guérison : deux à cinq jours.

Six à quatorze mois après, la radiographie montre la régénération osseuse.

J. E. Nyman donne la même technique, à quelques variations près.

Par exemple, emploi de nitrate d'argent pour l'extrémité de la racine.

Suture au crin de cheval en évitant de toucher le périoste.

Attouchement de la suture à la ferro-pyrine pour former un coagulum, puis recouvrir de vernis au benjoin.

Zentler, de New-York, pratique également la suture.

Certains auteurs recommandent la pâte au bismuth dans la cavité.

En tout cas, il importe de *pratiquer le curettage largement*, les petits orifices ne permettent qu'une intervention incomplète, on laisse du tissu nécrosé et on lèse la muqueuse qui se sphacèle. *Il importe de voir clair.*

A ce propos, j'ai eu occasion de pratiquer une résection, une ampoule électrique étant placée contre la voûte palatine. J'emploierai dorénavant cette méthode de transillumination ; en chambre obscure, c'est un guide infaillible. On repère admirablement l'apex, le tissu osseux nécrosé et l'on sait exactement quand il faut s'arrêter.

Une lampe à éclairage du sinus peut être employée en la montant sur un ouvre-bouche et peut rendre des services quel que soit le siège de la dent.

* * *

Il faut donc faire un diagnostic juste « Qui bene diagnoscit, bene medebitur » et selon le cas entreprendre le traite-

PLANCHE N° 7.

(Par Truman W. Brophy et M. L. Rhein. — *Dental Cosmos*, août 1921).



Fig. 22 — A. Abcès apical sur incision centrale. Lésion ancienne.



Fig. 23. — B. Amputation de la racine. Ostéogénèse en cours.

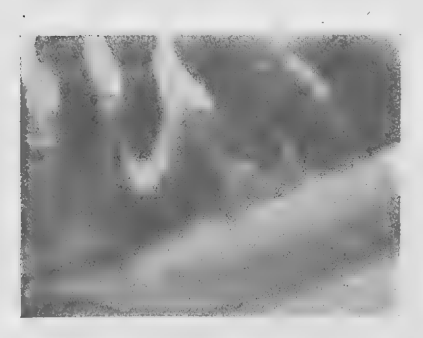


Fig. 24. — A. Racine non obturée mal traitée. Large aréole de raréfaction.

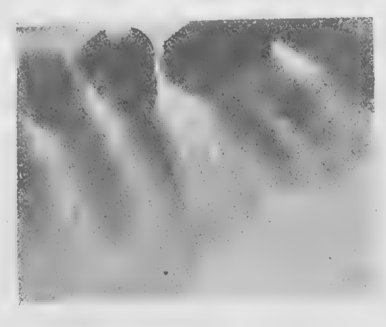


Fig. 25. — B. Deux ans après. Régénération osseuse.

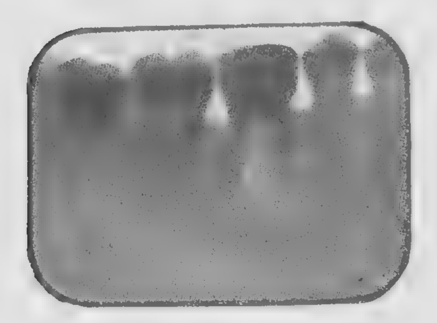


Fig. 26. — A. Première molaire dépulpée. Abcès au niveau de l'apex. Destruction osseuse. Traitement radiculaire. Curettage osseux et résection hémi-radiculaire (Buckley).



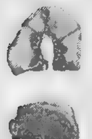
Fig. 27. — B. Après intervention. Régénération osseuse.

ment par le canal, secondairement, si celui-ci échoue, la cure radicale ; entreprendre directement celle-ci dans les cas indiqués antérieurement.

Enfin, si l'on est obligé d'avoir recours à l'extraction, faire suivre celle-ci d'un curettage soigneux.

Pl. 8

TRAITEMENT ARGENTIQUE DES CANAUX ET CANALICULES (P. HOWE).




Pénétration dans la dentine d'une couronne. Fissures de l'ivoire et de l'émail imprégnées.



Pénétration dans la racine jusqu'aux apex, malgré la forme sinueuse de deux racines.



Forte pénétration dans un 4e degré.



Faible pénétration dans un 3e degré.

La pénétration est en raison directe de l'altération des tissus.

Ce traitement paraît indiqué pour les racines destinées à être coiffées. Il n'exclut ni le traitement habituel des racines, ni l'obturation des canaux par une pâte. Il concerne surtout les canalicules.

(Voir pages 716 à 719 *Odontologie*, novembre 1921).

* * *

Une question se pose :

Doit-on dévitaliser moins de dents ?

Tout d'abord on ne devrait pas employer le terme dévitaliser qui est faux, mais le terme « dépulper ». La dent reste en relations avec l'organisme par ses ligaments. Ne gardons plus ces appellations de dent morte, de dent dévitalisée ; remplaçons-les plus exactement au point de vue terminologique par celle de dent dépulpée ; Brophy et d'autres auteurs insistent, en Amérique, sur cette désignation.

Reprenons notre question.

Doit-on faire moins de pulpectomies dans les dents qui sont saines, quand cette intervention n'est motivée que par un but prothétique ?

Je réponds nettement : *Oui, nous devons retirer moins*

Pl. 9

FOYERS INFECTIEUX PÉRI-APEXIENS
ESSAIS DE M. V. E. MIÉGEVILLE
TRAITEMENT AU FORMO-THYMOL COLORÉ 1/10 FUCHSINE



Fig. 44. — Dent préalablement décalcifiée. L'imprégnation n'est pas plus profonde après disparition des sels de chaux. La dentine seule est pénétrée.



Fig. 45. — 3e degré, traité en bouche. Remarquer la pénétration irrégulière qui ne se produit que par zone.



Fig. 46. — 4e degré, traité en bouche ; pas d'arthrite.



Fig. 47. — 4e degré

Pl. 10

FOYERS INFECTIEUX PÉRI-APEXIENS
ESSAIS DE M. V. E. MIÉGEVILLE
PÉNÉTRATION DE FORMO-THYMOL COLORÉ BLEU DE MÉTHYLÈNE



Fig. 48. — Grosse molaire supérieure 4e degré incluse dans paraffine.

Imprégnation en masse ou en îlots.



Fig. 49. — Molaire inférieure 4e degré.

Le médicament fut porté avec une sonde dans les canaux.

Dentine complètement pénétrée. Région coronaire et radiculaire supérieure.

de pulpes de dents saines. C'est une opération que nous ne devons entreprendre que *si le but prothétique est vraiment important* et après avoir bien pesé les avantages et les inconvénients.

Alors qu'il y a quelque temps nous ne considérions bien souvent que les nécessités du travail de prothèse et adaptions nos interventions à ces nécessités, nous devons maintenant faire le contraire et chercher des méthodes prothétiques qui nous permettront de garder le plus de pulpes possible ; sur deux piliers nous tenterons d'en garder au moins un intact, sinon les deux, et quand nous aurons décidé la pulpectomie nous l'entreprendrons avec le sentiment net de notre responsabilité. Nous n'aurons pas trop de toute *notre science,* de toute *notre conscience* pour mener à bien cette délicate opération.

Il y a donc nécessité de transformer nos méthodes prothétiques au point de vue bridge. Le bridge fixe sera de plus en plus délaissé ; il nécessite des pulpectomies nombreuses et il réalise rarement des conditions d'hygiène parfaite.

Le bridge amovible lui-même devra s'orienter vers la suppression des modes de rétention qui obligent à la dévitalisation des pulpes. Il faudra tout au moins chercher à diminuer le nombre de ces destructions de pulpes.

M. Mendel-Joseph dit : « Chaque fois que je suis obligé de dévitaliser un nerf, j'hésite longtemps avant de le faire parce que des complications peuvent survenir et les difficultés du travail sont nombreuses ».

Villiam Hunter a écrit que les bridges et couronnes formaient un véritable mausolée d'or sur une masse d'infection. C'est malheureusement souvent vrai, mais le genre d'obturation et de restauration importe peu, sinon comme facteur d'infection secondaire, et le mausolée d'or n'est pas toujours cause de l'infection. Presque toujours l'infection provient des *mauvais traitements qui ont été infligés à la dent.* Ce n'est donc qu'après confirmation de la réussite du traitement que l'on entreprendra l'obturation ou la restauration.

RELATIONS MÉDICALES

Fréquemment nous serons en rapport soit avec le radiologue, soit avec le médecin spécialiste ou non.

Le radiologue peut nous donner son impression quand il nous transmet l'image de la dent en traitement ou des dents suspectes, mais seuls nous devons établir le diagnostic avec examen clinique minutieux.

Le médecin sera en rapport avec nous, soit que nous lui demandions l'examen général d'un patient, soit que lui-même nous demande d'examiner et de traiter les dents d'un malade.

Mais il est bien évident que nous ne devons pas accepter du médecin un diagnostic dentaire. Il est inadmissible qu'il nous suggère de traiter ou d'extraire telle ou telle dent, il ne peut même pas actuellement les accuser de la moindre relation de cause à effet avec une maladie quelconque. Mais si, pour traiter une maladie, il a éliminé tous les autres facteurs étiologiques et qu'il nous adresse le sujet, il ne peut que nous demander de rechercher les foyers infectieux et de les supprimer par la méthode que nous croirons devoir choisir.

Ainsi conçue, la collaboration du médecin et du dentiste peut donner les meilleurs résultats.

*
* *

Au point de vue social, la nécessité se fait encore plus grande de créer une véritable prophylaxie dentaire et de prévenir toutes les causes de l'infection buccale de la première enfance.

*
* *

Avant de terminer, je tiens à assurer de ma gratitude les maîtres dont l'enseignement et dont les travaux m'ont permis d'élaborer ce rapport[1].

---

1. Le tableau bibliographique sera publié in extenso dans *l'Odontologie*.

Mes chers confrères, je vous remercie de votre attention, et pour conclure je vous demande de me laisser citer cette phrase du grand Claude Bernard :

Soumettre son idée aux faits et être prêt à l'abandonner, à la modifier ou à la changer suivant ce que l'observation des phénomènes enseignera [1].

---

1. Claude Bernard fut le premier président du Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences en 1872.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 5 *avril* 1921.

PRÉSIDENCE DE M. GEORGES VILLAIN.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Pailliottin donne lecture de la correspondance, comprenant :

1° Une lettre de M. Eilertsen, qui vient de perdre sa femme, après une longue et douloureuse maladie et prie de reporter au mois de mai la communication qu'il se proposait de faire.

Des condoléances lui sont adressées.

2° La lettre suivante de M. le Dr Frey :

Mon Cher Président,

Une réunion familiale, à l'occasion d'un mariage, m'empêche de venir à la séance de la Société d'Odontologie.

Je le regrette d'autant plus que j'aurais été heureux d'assister et peut-être de prendre part à la discussion concernant les infections apicales.

Félicitons-nous que les circonstances aient rendu cette discussion indispensable. Elle va avoir des conséquences d'une importance capitale.

Enfin le public médical va savoir que le dentiste n'est pas un simple « boucheur » de dents, il va finir par comprendre les difficultés de notre technique antiseptique.

Le public dentaire (c'est-à-dire nos confrères) se rendra compte plus que jamais que son éducation antiseptique doit commencer dès le stage, que ses manœuvres d'antisepsie et même d'asepsie nécessitent une attention constante dans les moindres détails.

Le public tout court, qui nous juge déjà sur l'esthétique de nos travaux et leur valeur fonctionnelle, saura apprécier notre minutie antiseptique, quelquefois même nos lenteurs, et il réclamera lui-même l'examen radiographique pour le diagnostic et le contrôle.

Dans certains cas même, on reconnaîtra qu'il faut instituer le contrôle du Laboratoire.

Nos discussions actuelles feront date dans l'histoire de l'Odontologie : les exagérations de l'ignorance et de la mauvaise foi seront bien mises à jour, mais aussi seront combattues les négligences coupables de certains professionnels.

Veuillez agréer, etc.

Dr FREY.

3° Les remerciements de MM. Viau, et de Mme Theuveny à la Société pour les condoléances qui leur ont été adressées au sujet du deuil qui les a frappés.

4° La lettre suivante de la *British Dental Association* (traduction).

Monsieur le Secrétaire,

Je suis chargé de vous écrire au sujet de l'avantage que présenterait l'établissement de liens entre la profession dentaire et la Ligue internationale des sociétés de la Croix Rouge.

Nous savons que, si ce lien avait existé avant la dernière guerre, il aurait été d'un grand profit pour les armées des alliés, et le rôle important joué par le traitement dentaire et le traitement des lésions des maxillaires dans les dernières périodes de la guerre est bien connu.

Il y a donc lieu que la profession dentaire soit représentée dans la Ligue et je vous prie de vouloir bien charger vos représentants à la F. D. I. de soumettre cette question à la section compétente pour qu'elle y soit discutée.

Je serai heureux de recevoir votre réponse quand vous voudrez bien me l'adresser.

Robert LIDNSAY,
Secrétaire dentaire.

Le Président. — Je crois que nous ne pouvons faire mieux que de renvoyer cette lettre à la Fédération Dentaire Nationale, avec avis favorable comme l'a fait l'Ecole dentaire.

Avant de commencer la séance, j'ai à vous rappeler que nous fêtons les promotions dans la Légion d'honneur de MM. Godon, Roy et Martinier, le samedi 16 avril à 7 h. 1/2 du soir, Palais d'Orsay. Ceux qui n'ont pas encore adhéré et veulent le faire sont priés d'en aviser M. Miégeville ou M. Henri Villain.

D'autre part, le Président du Cercle Odontologique me demande de rappeler que le bal organisé par cette Société doit avoir lieu demain soir. Comme c'est au profit du *Journal du Cercle,* il prie les membres de la profession de vouloir bien assister et participer à cette fête ; des cartes sont disponibles.

Je fais appel à votre générosité pour cette fête dont le produit doit soutenir un organe professionnel.

II. — DISCUSSION SUR LA QUESTION DES INFECTIONS PÉRI-APICALES ET LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DES PATIENTS.

Le Président. — La discussion est ouverte sur la question des infections péri-apicales et leurs rapports avec l'état général des patients. Je pense qu'il serait préférable d'ouvrir une discussion

générale d'abord et ensuite de prendre des points particuliers et de désigner, si vous le jugez utile ou nécessaire, des rapporteurs sur ces points particuliers pour élaborer finalement un rapport général.

Nous avions prié les membres de bien vouloir prendre connaissance de certains travaux, notamment du travail de M. Roy publié dans l'*Odontologie* de février et mars, du travail de Black publié dans l'*Odontologie* de janvier et enfin du résumé qu'a bien voulu faire M. Housset au sujet de différents travaux écrits sur cette question.

M. Housset a préparé pour la séance de ce soir quelques pièces montrant la pénétration du nitrate d'argent ou plutôt la réduction de l'argent par le formol, suivant la méthode de Howe dans le traitement des canaux ; ces pièces, qu'il a disposées sur un petit carton, doivent circuler dans la salle au cours de la discussion, ceux qui n'ont pas encore employé cette méthode pourront se rendre compte de la pénétration intense dans les canalicules dentaires.

Je ferai remarquer que la métallisation de la surface ne paraît pas s'être produite. Il y a peut-être eu une erreur dans la préparation des solutions, celles-ci semblent être assez délicates à préparer. M. G. Martinier, que j'espère voir ce soir, pourra nous donner d'utiles renseignements, car il a expérimenté la technique avec des solutions préparées par Howe lui-même.

M. Roy. — Je suis tout disposé à prendre la parole si personne ne la demande avant moi Mais étant donné que je suis l'auteur d'un mémoire, je n'aurais pas été fâché d'entendre au préalable l'opinion de quelques-uns de nos confrères qui auraient pu exposer certaines choses, certaines critiques. Néanmoins si vous désirez que j'ouvre la discussion, je suis à votre disposition pour vous faire un petit exposé général de la question, et je reprendrai la parole s'il y a lieu au cours de la discussion.

Etant donné qu'un certain nombre d'entre vous auront sans doute lu le travail que j'ai publié dans l'*Odontologie*, qui est la communication que j'ai faite à Strasbourg sur le traitement des dents infectées, il n'est pas dans mon intention de vous resservir ce travail. J'engage ceux qui ne l'ont pas lu à le faire, car cela peut leur fournir des suggestions non dépourvues d'intérêt, et c'est pour cela que j'aurais été heureux que la discussion débutât par des critiques de ce travail ou de celui des autres auteurs que Georges Villain a signalés tout à l'heure. Il n'est pas bon, il n'est pas utile qu'il n'y ait que des compliments, des félicitations, des coups d'encensoir ; au contraire, les choses les plus utiles — et ce sont celles qui manquent le plus — ce sont les critiques; celles-ci sont extrêmement intéressantes et ne sont jamais

désagréables lorsqu'elles sont faites avec courtoisie et avec le désir de s'éclairer mutuellement et de s'acheminer les uns et les autres vers ce que nous pensons être la vérité.

Les raisons qui nous ont amené à discuter avec passion, avec inquiétude aussi, ces questions extrêmement importantes du traitement des dents infectées, c'est, comme vous le savez, un vent particulier qui a soufflé sur le public professionnel des Etats-Unis. Sous l'influence de certains dentistes et surtout de certains médecins qui ont voulu considérer les dents comme le bouc émissaire chargé de tous les péchés d'Israël et qui ont voulu en faire la base de toute la pathologie, de toutes les maladies et, pour n'en citer que quelques-unes, le rhumatisme, les néphrites, l'endocardite, etc., etc., seraient dues à des affections dentaires, particulièrement à des abcès alvéolaires ou à des foyers de suppuration méconnus. Voilà un premier point.

Second point : ces auteurs, après cette première affirmation, déclarent que ces foyers de suppuration sont particulièrement graves parce qu'il est impossible de les guérir avec toute sécurité ; les moins réfractaires, ceux qui veulent bien admettre qu'on peut les guérir, le font avec beaucoup de réserves, notamment Arthur Black, dont vous avez pu lire dans l'*Odontologie* de janvier et février dernier les intéressantes et récentes communications.

Vous avez pu voir avec quelles réserves A. Black, qui n'est pas un des plus interventionnistes, parle du traitement des abcès alvéolaires chroniques. Sans doute nous nous rallierons tous à ce qu'il dit : qu'il faut empêcher la pulpe d'être atteinte ; nous sommes tous d'accord pour penser qu'il y a lieu pour notre thérapeutique d'éviter d'atteindre la pulpe : nous savons tous que c'est une complication sérieuse, notamment par la diminution de résistance au point de vue mécanique que présente l'état d'une dent dont la pulpe a été détruite. Mais ce n'est pas ce point-là qui préoccupe les auteurs américains et A. Black en particulier, c'est ceci : *nous ne savons pas si nous pouvons guérir avec sécurité les dents atteintes de mortification pulpaire.* Ils vont même beaucoup plus loin puisque le même A. Black dit cette chose que je trouve particulièrement phénoménale : c'est que ce ne sont pas seulement les dents dont la pulpe est détruite par la carie qui le préoccupent ; *il a l'air de craindre plus particulièrement les dents dont la pulpe a été détruite par le dentiste lui-même.* Il y a là des choses qui sont tout à fait étonnantes et je dirai comme M. Housset, dans le petit travail que Georges Villain vient de signaler tout à l'heure et qui est tout à fait intéressant, que nous devons pouvoir affirmer, autant qu'il est possible de le faire dans

les choses humaines, que nous n'aurons pas d'abcès alvéolaires dans une dent dont la pulpe a été enlevée par nous. Je ne possède pas pour cela un talisman, mais simplement une technique raisonnée, soigneuse, qui me met à l'abri de ce genre d'accident. Je suis donc surpris de voir ces affirmations dans la bouche de A. Black, qui est le fils de W. D. Black dont les travaux sont classiques et qui est lui-même doyen d'une des principales écoles dentaires de Chicago. Je suis surpris de le voir discuter cette question et d'avouer son ignorance sur la cause des abcès alvéolaires chroniques. Je ne reviens pas sur cette question, l'ayant discutée dans mon travail auquel je vous renvoie.

Voici donc brièvement résumées les idées qui ont amené cet émoi parmi les dentistes ; des praticiens, moins timorés d'ordinaire, en sont arrivés à dire : « après tout nous ne savons pas si nous pouvons guérir une dent infectée, si nous pouvons enlever une pulpe avec sécurité ». Ces idées-là ont donc une répercussion des plus fâcheuses sur le public professionnel et il est absolument indispensable qu'elles soient discutées, car enfin ce qui est en cause c'est une des plus grandes acquisitions de la thérapeutique dentaire, c'est-à-dire le traitement des dents infectées. Lorsque Spooner en 1833 a appliqué l'acide arsénieux à la dévitalisation des dents, il a ouvert la première porte au traitement de la pulpe dentaire, et lorsque, en appliquant les idées de la théorie microbienne et de la désinfection au traitement des dents infectées, on est arrivé à soigner ces dents et, je l'affirme, à les guérir, nous pouvons dire que c'est là la plus belle conquête que la thérapeutique dentaire ait faite *(Applaudissements)*. C'est elle qui nous permet toutes les interventions que nous pouvons faire ; c'est ce traitement qui nous permet de sauver et de conserver un nombre considérable d'organes extrêmement utiles pour nos patients et vraiment ce serait un recul tout à fait regrettable que l'extraction systématique appliquée au traitement du 4e degré.

Sans doute, tous les auteurs américains ne pensent pas de même, ainsi que vous le montrent certains des travaux cités par M. Housset ; il en est qui sont animés d'un esprit plus judicieux et qui veulent bien se souvenir qu'il y a quelque chose qui s'appelle la clinique et que le laboratoire n'est pas tout ; certains, tel Péter, font appel à la clinique, et je suis heureux de le constater.

Ce qui, je pense, doit être combattu, ce sont les idées qui reposent sur un point de départ inexact tel que l'ignorance des causes des abcès alvéolaires. Black se demande si la cocaïne n'est pas cause des abcès alvéolaires, ainsi que l'acide arsénieux, et il propose de faire une statistique ainsi :

On examinera les dents dont la pulpe a été enlevée ; si sur 1.000 dents où il y a un abcès alvéolaire il y en a 300 dans lesquelles on a mis de l'acide arsénieux, il s'agit par conséquent de caries du 3e degré, ce sera l'acide arsénieux qui aura produit l'abcès alvéolaire sur ces dents-là. Or, quand on sait que le moindre manque d'asepsie au cours du traitement et de l'obturation du canal suffit pour produire un abcès alvéolaire, on a bien le droit de dire que dans une question semblable ce serait une plaisanterie que de déclarer que c'est l'acide arsénieux qui est en cause sans avoir éliminé les millions d'autres causes qui ont pu intervenir, puisqu'elles ont été de tous les instants du traitement. De telles affirmations montrent la légèreté d'hommes qui, par leurs études, devraient faire montre d'un esprit plus scientifique.

Le streptococcus viridens qui se rencontre dans les dents cariées a été incriminé comme provoquant des endocardites; or, M. Mendel, dans la dernière séance de la Société, avec sa grande expérience dans ce qui touche les choses microbiennes, est venu nous montrer que cet agent microbien était loin d'avoir la nocivité que l'on veut lui attribuer ; il ne peut acquérir une certaine virulence que dans des conditions particulières, étant associé avec d'autres micro-organismes et en tout cas ce streptococus viridens ne présente aucun caractère qui permette de dire : endocardite-streptococcus viridens.

Parmi les maladies causées par les dents infectées, les auteurs américains dont j'ai parlé, citent notamment les néphrites et le rhumatisme ; or, le rhumatisme est une maladie dont la cause est loin d'être encore élucidée à l'heure actuelle. Personne, pour le moment, ne peut affirmer que le rhumatisme soit une maladie microbienne ; c'est là une chose qui n'est pas encore démontrée; néanmoins, les auteurs américains en font état et disent : rhumatisme égale abcès dentaire.

Les néphrites sont dues fréquemment au passage dans le filtre rénal d'éléments irritants qui ne sont pas forcément des micro-organismes, qui peuvent être des toxines d'ordre divers, ou des substances d'origine non microbiennes, tel l'acide urique, qui est un irritant pour le rein.

Mais je ne voudrais pas m'étendre sur ces points-là et pour permettre de poser la question sur le terrain qui convient, je dirai simplement qu'il y a deux points à considérer dans la discussion :

1° Les dents à pulpe infectée peuvent-elles entraîner la production d'un grand nombre d'affections générales ?

2° La guérison des dents infectées est-elle possible d'une

façon certaine et définitive par un autre moyen que l'extraction ?

Voilà les deux questions qu'il convient de résoudre. Et encore faut-il attacher une importance plus particulièrement grande à la deuxième, c'est-à-dire à savoir si la guérison des dents est possible par d'autres moyens que l'extraction. En effet, si nous répondons par l'affirmative à cette seconde question, la première perd la plus grande partie de son intérêt puisque, alors, il importe peu que les dents mortes puissent ou ne puissent pas produire d'infections générales, si elles sont curables par les moyens de la thérapeutique que nous employons journellement; il n'en découlera que l'indication formelle de leur traitement complet, puisque les inconvénients qu'elles peuvent présenter pourront être supprimés sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'extraction.

Existe-t-il donc des affections générales pouvant être provoquées par les dents infectées ? Nous répondrons oui à cette première question, car un certain nombre de complications générales peuvent être incontestablement provoquées par ces dents, ce sont des scepticémies de nature et de formes diverses dont le type le plus connu est l'affection dénommée angine de Ludwig. Ce sont des faits qui ne sont pas niables, mais avec cependant cette réserve, qu'étant donné le nombre formidable de dents mortes qui existent dans le public, étant donné le nombre énorme d'abcès qui existent chez nos patients soit de clientèle hospitalière, soit de clientèle civile, ce sont des complications qui sont extrêmement rares. La plupart d'entre vous n'en ont probablement pas vu et ceux qui en ont vu n'en ont constaté qu'un nombre restreint, étant donné les milliers de cas d'abcès divers que chacun de nous a eu l'occasion d'observer.

Est-il possible que d'autres affections que celles que je cite soient susceptibles d'être produites par une cause dentaire ? Cela n'est pas impossible, mais, dans l'état actuel de nos connaissances, l'affirmer ne me paraît pas possible.

Reste à résoudre la seconde question, et celle-ci a une importance d'autant plus grande pour nous dentistes puisque c'est nous qui sommes chargés d'exécuter le traitement ; mais, en dehors de cette considération, même, pour le médecin général qui, lui, n'a à s'occuper que de la question des répercussions des affections dentaires sur l'état général, la réponse à cette seconde question est extrêmement importante.

En effet, si les dents à pulpe morte ne peuvent se guérir avec toute certitude ; si, même soignées selon toutes les règles de l'art, elles sont une épée de Damoclès pour leur possesseur ; s'il est

impossible d'enlever la pulpe d'une dent sans que celle-ci devienne de ce fait une menace pour la santé, pour la vie même de l'individu, alors il n'y a pas à hésiter et il faut répondre hardiment, quelles que soient les conséquences locales de cette réponse : « toute dent à pulpe morte doit être impitoyablement enlevée, aucune pulpe ne sera retirée d'une dent, toute dent dont la pulpe est atteinte sera extraite ». C'est le langage que tiennent un certain nombre de dentistes et de médecins des Etats-Unis.

Si, au contraire, les dents à pulpe infectée peuvent, étant traitées selon les règles de l'art, se guérir avec toute sécurité, pour le présent et pour l'avenir, si une pulpe peut être enlevée d'une dent et celle-ci mise dans l'impossibilité de provoquer aucune infection ni locale ni générale ultérieure, on conviendra que la réponse sera alors toute différente et que, même en admettant la possibilité de toutes les répercussions pathologiques attribuées aux dents infectées, on ne dira plus aux malades : « faites enlever vos dents » ; on leur dira tout simplement : « faites immédiatement soigner toutes vos dents de façon convenable et faites enlever seulement celles pour lesquelles le traitement conservateur se montrera impuissant ». Je ne puis exposer à nouveau ici toute la question d'ordre tout à fait technique qui concerne le traitement et la possibilité de guérir les dents infectées, de guérir les abcès alvéolaires ; mais, m'appuyant sur un nombre considérable de cas de malades que je peux suivre, non pas accidentellement, pendant six mois ou quelques années, mais de malades que je suis depuis dix ans, vingt ans, trente ans et plus à qui j'ai traité des dents infectées, qui restent guéries, sans aucune récidive ni complications d'aucune sorte, j'affirme de la façon la plus formelle que cette guérison est parfaitement possible avec les conditions de sécurité les plus grandes pour l'avenir. J'affirme que, avec une technique précise, suffisamment minutieuse qui doit s'attacher à rendre l'antisepsie rigoureuse d'un bout à l'autre de l'opération, qui doit veiller à la propreté de la dent, du matériel opératoire, de l'opérateur, j'affirme que vous pouvez guérir une proportion très considérable de dents infectées ; j'affirme en outre que, si vous avez suivi ces règles et avez obtenu les signes rationnels de guérison de l'infection radiculaire, si vous avez alors obturé hermétiquement les canaux radiculaires avec la même rigueur quant à l'antisepsie de l'opération, j'affirme, dis-je, que vous pouvez répondre d'une façon absolue quant à l'avenir d'une dent ainsi traitée et garantir, à moins d'un cas exceptionnel qui confirmerait la règle, l'impossibilité d'une complication locale ou générale d'ordre infectieux du fait de cette dent.

Je ne crois pas être outrecuidant en vous apportant ces affir-

mations, car l'expérience est là et chacun de vous peut arriver au même résultat en employant une technique convenable et je suis sûr que nombre d'entre vous sont prêts à confirmer mes dires de par leur expérience personnelle.

Malheureusement, je suis obligé de le dire, trop de confrères n'apportent pas dans le traitement des dents infectées tout le soin désirable ; je suis navré de constater l'existence d'un nombre vraiment excessif de dents atteintes d'infection pulpaire, qui ont été soignées par des confrères d'une façon imparfaite au point que je ne fais jamais une couronne ou un travail sérieux sur une dent qui n'a pas été soignée par moi sans vérifier au préalable l'état de la chambre pulpaire et des canaux. Je dois vous dire, à mon très grand regret, ce que je suis obligé de constater, c'est-à-dire que, à peu près 9 fois sur 10, ma prudence a raison et que sur des dents que l'absence de signes subjectifs pourrait quelquefois faire croire en bon état, je trouve de l'infection pulpaire et des abcès alvéolaires ; et si ces choses existent, c'est, non pas comme le dit A. Black, parce qu'on ne connaît pas la cause des abcès alvéolaires, non pas, comme le prétendent d'autres, parce qu'il est impossible de guérir les dents infectées, mais simplement parce que ces dents ont été mal soignées, parce que les confrères qui les ont traitées ont été négligents, insuffisamment minutieux, qu'ils ont incomplètement désinfecté les canaux, qu'ils ont omis de boucher ceux-ci, que trop souvent ils les ont bouchés avec des mèches de coton. D'autres ont fait le travail trop superficiellement ; ils ont désinfecté un canal au lieu de deux que présentait la dent, trois au lieu de quatre.

Ce sont là les causes habituelles d'échec de traitement et de récidive d'infection, mais ces causes ne sont pas insurmontables, loin de là. Pour venir à bout des difficultés du traitement que faut-il ? Voir clairement les parties à traiter, les désinfecter avec toute la rigueur d'antisepsie chirurgicale que l'on doit apporter en pareille matière, quant à l'opérateur, au champ opératoire, au matériel instrumental et de pansement, à l'obturation des canaux ; c'est de l'ensemble de ces conditions que dépendent et la guérison et la sécurité de l'avenir.

Est-ce à dire que toutes les dents infectées peuvent être guéries ? Non ; mais la proportion de guérison est assez considérable pour que je puisse conclure en disant que le traitement conservateur est le traitement de choix à apporter aux dents infectées et que celles-ci, traitées normalement et guéries, ne présentent pas l'ombre d'un danger ni local ni général. *A fortiori*, on peut, sans danger d'infection ultérieure, enlever la

pulpe d'une dent et conserver celle-ci par un traitement approprié.

M. Godon. — Cette discussion est la reproduction de celle que nous avons eue déjà au Congrès de Strasbourg, et à cette occasion j'ai dit ce que je pensais : d'abord que la discussion venait à une époque très opportune pour combattre les tendances que vous a citées M. Roy de certains confrères aux Etats-Unis, et aussi pour affirmer que notre dentisterie moderne, comme vient de le dire très bien M. Roy, est la plus belle conquête de notre art, à notre époque. Je puis dire, au nom de l'expérience que je puis avoir, que nos plus beaux succès de clientèle sont justement ceux du traitement des caries du 4e degré.

Quand une patiente se présente avec tous les symptômes de la périostite avancée, la douleur, le gonflement, l'abcès ou le début d'un phlegmon et que par la trépanation, l'ouverture large de la dent, le traitement antiseptique des canaux, vous arrivez d'abord à la soulager très rapidement, ensuite à obtenir la guérison de cette dent dont on venait vous demander de faire l'extraction, ce qui devait précéder ou suivre une opération chirurgicale plus importante que l'entourage médical conseillait, vous obtenez la reconnaissance de cette patiente et de sa famille.

J'ai eu l'heureuse chance, au début de ma pratique, de connaître ce traitement et j'ai eu des cas semblables à celui que je vous cite. Je me rappelle la femme d'un médecin qu'on allait opérer extérieurement pour un abcès alvéolaire ; on me l'a amenée au dernier moment parce que j'avais soigné quelqu'un dans sa maison. J'ai pratiqué la trépanation de la dent, et le traitement que nous faisons habituellement ici, l'ouverture large de la dent, le traitement des canaux. Il y a environ 40 ans que j'ai fait le traitement et cette dame a encore sa dent, qui a été soutien de prothèse, de bridge et d'appareil pendant longtemps. Dans le milieu médical où la chose s'est passée, cela a eu un certain retentissement. Je pourrais vous citer de nombreux cas semblables.

Je vous le dis : c'est une des plus belles conquêtes de notre dentisterie moderne ; c'est une des bases de l'enseignement technique de notre école dentaire. Nous avons discuté cette question à Strasbourg, nous avons répété ce que nous venons de vous dire ici et l'on ne saurait trop affirmer cette conquête et l'excellence du traitement. Je suis donc entièrement de l'avis de Roy sur tous les points et je termine en lui adressant mes félicitations pour avoir si bien défendu la cause de la dentisterie moderne et conservatrice devant la Société d'Odontologie. (*Vifs applaudissements.*)

M. Mendel. — Je n'ai rien préparé, mais je voudrais répondre à ce qu'a dit M. Roy.

Il sait toute l'estime que j'ai pour lui, c'est pourquoi je me permettrai de lui dire en toute franchise ce que je pense.

Contrairement à ce qu'a dit M. Roy au sujet des travaux américains, je suis obligé d'admettre que la contribution des Américains dans cette question est extrêmement importante.

J'estime qu'une des contributions les plus importantes des Américains dans l'art dentaire et dans l'évolution actuelle serait précisément d'avoir cherché à mettre en relief d'une façon particulière et sans doute un peu exagérée leurs doctrines sur ces questions.

Il est évident qu'avec les méthodes de traitement qui furent souvent pratiquées et telles que nous les avons observées aux Etats-Unis et ici même, il était inévitable que nous assistions à un très grand nombre d'affections périapicales. Il y avait un grand nombre de cas où les méthodes d'antisepsie rationnelle n'ont pas été appliquées, et d'ailleurs, ces méthodes sont très difficiles à réaliser. Traiter aseptiquement une dent est plus difficile que de faire une opération d'appendicectomie. Quelqu'un qui opère sur l'appendice est plus à l'aise pour s'entourer de précautions d'asepsie que celui qui soigne une dent de sagesse ou de 12 ans. Aussi est-il difficile de dire : voici une dent atteinte de carie du 4e degré ; je vous l'ai guérie, vous pouvez avoir la certitude qu'elle sera toujours indéfiniment guérie. Personnellement jamais je n'oserais dire cela.

Chaque fois que je suis obligé de dévitaliser un nerf, j'hésite longtemps avant de le faire parce que des complications peuvent survenir, les difficultés du traitement sont sérieuses. Il importe que la clientèle sache que nous faisons des choses très difficiles pour apprécier notre travail et notre effort ; mais par contre nous devons aussi savoir combien il est difficile de réaliser une asepsie parfaite dans le traitement des caries compliquées.

En ce qui concerne les complications infectieuses des foyers apexiens, M. Roy a dit que la scepticémie est réalisable du moment que le germe véhicule dans tout le torrent circulatoire. Il est évident que si l'organisme se défend mal, vous pouvez avoir toutes sortes de complications : le cerveau, les reins, le foie, le poumon, tous les viscères peuvent être intéressés ; tous les organes peuvent être le siège de localisations de ce genre. Fort heureusement, chose extrêmement importante, cela est tout à fait exceptionnel et j'espère pouvoir vous apporter ici des faits et des observations expérimentales qui montreront que l'organisme se défend efficacement, que les germes sont éliminés et qu'au bout de peu de temps ils ne se trouvent ni dans le sang ni dans les viscères.

Je parle des manifestations scepticémiques sous toutes les formes ; mais c'est surtout comme localisations secondaires qu'elles apparaissent, et le clinicien doit toujours en tenir compte.

Où je suis absolument d'accord avec M. Roy, c'est quand il dit que le traitement des dents infectées est parfaitement possible. Il nous a rapporté des faits précis, clairs, observés pendant 30 ans, qui parlent beaucoup plus que tous les développements littéraires. Il nous a montré un cas de guérison de complication infectieuse qui certainement aurait été condamné, à l'heure actuelle, par tous les défenseurs de la théorie abstentionniste. Lorsque des faits semblables peuvent être apportés, c'est une démonstration précise qu'on peut parfaitement guérir les dents très malades et si on peut les guérir, nous devons le faire, mais sachant que la chose est difficile et cherchant des méthodes toujours plus parfaites.

M. Godon. — Il y a eu la même discussion, je me souviens au commencement de ma pratique, sur la salive microbigène qui devait infecter toutes les plaies que les dentistes faisaient dans la bouche. Cette question a été traitée dans les différents corps et particulièrement au Comité d'hygiène de la Seine ; elle a amené ce Comité à faire édicter par la Préfecture de police des prescriptions spéciales pour les dentistes, les obligeant à une antisepsie sévère et à des exagérations et complications diverses.

Je me souviens qu'à l'hôpital où j'étais, j'eus des discussions, sur cette question avec des médecins et des internes, qui disaient : les dentistes dans leurs opérations, infectent la bouche avec la salive qui est microbigène, disaient-ils. Je répondais simplement par ce que je voyais : les dentistes des villes sont peut-être, d'une manière générale, assez propres et soigneux dans leurs opérations, mais il y a dans les campagnes, en province, des opérateurs divers qui ne peuvent peut-être pas toujours prendre toutes les précautions observées dans les cabinets des villes et qui pratiquent plus souvent l'extraction que dans ces derniers. Or ils devraient avoir pour chaque cas les accidents que vous prétendez. Pourquoi ne les ont-ils pas ou très rarement ? Peu de temps après le docteur Hugenschmidt dans une thèse faite à l'Institut Pasteur en donnait l'explication : il prouvait que la salive était plutôt microbicide et que la bouche avait des moyens de défense naturels comme la plupart des cavités de notre organisme.

M. Mendel. — La thèse que vous citez est justement un des sujets que j'ai traités avant le docteur Hugenschmidt.

M. Godon. — Excusez-moi si je ne vous ai pas cité également. J'ai suivi la question, car elle avait été la cause de grandes discussions pour moi à l'hôpital. J'ai défendu mes confrères en

disant : si vous aviez raison il y aurait des accidents à chaque extraction, car il est difficile dans les extractions de prendre les mêmes précautions que les chirurgiens dans leurs opérations. La bouche a ses moyens de défense naturels, cela nous rassure dans une certaine mesure sans nous dispenser des précautions antiseptiques. L'antisepsie parfaite dans le 4e degré et au fond des canaux particulièrement, est presque toujours impossible. Pourquoi n'avons-nous pas toujours des accidents ? J'ai des patientes de 30 à 40 ans à qui je n'ai jamais arraché une dent, et à qui j'ai soigné des 3e et des 4e degrés. Eh bien, c'est notre thérapeutique conservatrice, base de l'enseignement technique de l'Ecole dentaire de Paris, qui nous permet d'arriver à ces résultats ; c'est surtout sur ce point que je voulais insister.

M. Mendel. — Je suis parfaitement d'accord avec M. Godon et M. Roy en ce qui concerne l'effort que nous devons employer pour démontrer d'abord et assurer ensuite le traitement conservateur. Je suis pour ma part absolument conservateur et les extractions chez moi sont absolument exceptionnelles. Mais je dois dire que je ne l'attribue pas toujours à mes mérites personnels, mais aux conditions favorables, et parmi ces conditions favorables, la défense même de l'organisme.

Le président. — Avant de vous exposer mes idées, je veux bien passer mon tour et donner la parole à ceux qui voudraient s'inscrire maintenant. J'ai beaucoup regretté de voir que dans une discussion de cette importance à laquelle cependant la plupart des confrères ont semblé s'intéresser en demandant sa mise à l'ordre du jour, si peu d'orateurs se soient inscrits pour la discussion, car il y a de nombreux éléments à apporter à cette discussion.

M. Roy vient de prendre la question sous un jour, M. Mendel sous un autre. Pour ma part j'avais l'intention de la prendre sous un jour qui se rapprochait plus de celui de M. Mendel que de celui de M. Roy. J'aurais voulu que chacun apportât sa contribution et je fais appel à tous pour apporter soit des faits, soit des résultats d'expériences.

M. P. Housset. — Il existe certainement des cas où nous avons un doute, comme l'a expliqué M. Mendel ; mais il nous reste une arme : c'est le curettage alvéolo-apical. Ainsi nous agissons directement sur le foyer infectieux ; c'est une méthode qui a besoin actuellement d'être remise en application ; dans de nombreux cas elle offre un intérêt incontestable.

M. Brille. — Partant du principe admis de tous les praticiens français à l'heure présente qu'il est possible et nécessaire de conserver les dents infectées après traitement, le problème semble changer de face et se réduire à celui-ci :

Étant donné les moyens actuels de traitement des dents infectées, avons-nous des moyens de contrôle suffisants de ces traitements ?

Je crois qu'il faut momentanément s'efforcer de trouver des moyens de contrôle plus certains que ceux actuels. Nous savons tous combien incomplets et insuffisants peuvent être les signes de guérison cliniques utilisés jusqu'à présent.

La radiographie, qui est déjà un moyen beaucoup plus complet et plus avancé, nous a nombre de fois prouvé qu'une dent jadis infectée, apparemment stérilisée et n'occasionnant plus aucun phénomène douloureux après traitement, présente à l'apex de la racine un foyer infectieux latent qui risque d'entraîner dans un temps indéfini des complications péri-apicales.

Donc la radiographie, premier moyen de contrôle actuel, étant déjà un perfectionnement sérieux ne suffira pas. Il faudra, je crois, procéder à des moyens de contrôle bactériologiques et il restera encore d'autres moyens à découvrir.

Du reste, rien qu'en matière de radiographie il faudra d'abord apprendre à lire les clichés ! Combien de zones de raréfaction du tissu péri-apical peuvent être prises pour abcès et réciproquement. Combien d'autres indications radiographiques n'ont pas encore de définition clinique.

Conclusion : Je crois qu'après un traitement aussi consciencieux que possible d'une dent infectée au point où en sont les connaissances thérapeutiques actuelles, le premier progrès à accomplir consiste dans la recherche de moyens de contrôle probants de ces traitements.

Le président. — J'ai été très ému, lorsque j'étais aux Etats-Unis en 1918, des opinions qui se faisaient jour à ce moment et qui étaient à leur début ou peu s'en faut. Je vous avais, il y a un an environ, présenté un petit travail pour vous mettre au courant de ce qui se passait et vous avais montré les exagérations, notamment la prétention de Hyatt, qui disait que 10 0/0 des névralgies étaient dues à des infections d'origine dentaire, que cette infection dentaire provoquait plus de 50 0/0 des céphalées, des troubles respiratoires, des furoncles ; enfin les troubles nerveux, reconnaissant l'infection dentaire pour origine, présentaient un pourcentage ridiculement exagéré.

Je vous avais signalé ceci en vous en montrant l'exagération et en souhaitant que de pareils faits ne se fassent pas jour ici, mais je vous montrais, d'autre part, les avantages qu'en avait tirés, aux Etats-Unis, le développement de l'hygiène dentaire. Il est évident que, à côté des extrémistes dont Hyatt fait partie, il y a des confrères cliniciens qui ont essayé d'enrayer le mouve-

ment, et Black fut un de ceux-là ; les travaux que nous lisons maintenant sont d'un Black évolué. Petit à petit, à la suite des travaux, des recherches qu'il a faites, Black est arrivé à se trouver un peu ébranlé. Si certaines choses nous choquent, comme le montrait Roy, il faut voir aussi dans les travaux de Black ce qui est intéressant, et notamment les tableaux qu'il a présentés, lorsqu'il montre, sur des sujets de différents âges, le nombre de dents atteintes de troubles infectieux, soit périapicaux, soit gingivaux, lorsqu'il indique la nécessité, pour le dentiste, de surveiller les espaces interdentaires, etc.

Dans les travaux de Black, je veux retenir les conclusions et certains de ses tableaux statistiques, je ne dis pas tous ni toutes les conclusions, mais la méthode qu'il a employée. D'autres Américains comme Peters s'opposent tout à fait aux thèses des extrémistes. Personnellement je me rapproche beaucoup plus des idées de Peters que de celles de Black. Toutefois, aux Etats-Unis, il faut voir que la campagne a été menée non seulement par les dentistes, mais particulièrement par les médecins, comme Roy le disait tout à l'heure. Ce sont les frères Mayo, de Rochester, qui ont exagéré en faisant radiographier toutes les dents des malades entrant dans leur clinique et en faisant extraire toutes les dents qui présentaient un semblant ou une possibilité de foyer infectieux ; c'est exagéré. Mais, d'autre part, ceci a entraîné les compagnies d'assurances à obliger les assurés aux soins buccaux et dentaires avant d'être assurés : donc grosse importance au point de vue de l'hygiène si on ne procède pas par l'extraction et si les Américains reviennent au traitement conservateur en cherchant l'amélioration de ce traitement.

Une chose qui m'a frappé particulièrement à la lecture des derniers travaux de Black, c'est le pourcentage des dents atteintes de foyers infectieux périapicaux ; on ne sait pas si elles ont été dévitalisées par le dentiste ou atteintes de 4e degré ; mais il est à remarquer que, dans les dents traitées et présentées à la radiographie, si les canaux sont suffisamment bien obturés, le pourcentage des zones de foyers infectieux dans la région périapicale est restreint à moins de 9 o/o, tandis qu'il atteint 63 o/o dans les dents dont les canaux sont mal obturés. Il y a là une indication très précieuse. En admettant qu'il y ait 9 o/o des cas traités présentant des foyers infectieux, il y a tout de même 91 dents qui n'auront pas été extraites et si l'on ne court que neuf chances (et je suppose que si l'on avait recherché les conditions dans lesquelles étaient les dents avant l'obturation des canaux, on trouverait que la plupart de ces neuf dents étaient abcédées avant que fut entrepris le traitement radiculaire) ceci est une

sécurité pour nos malades à qui nous devons dire : nous pouvons soigner cette dent et il y a toute chance de la sauver.

Par conséquent, nous pouvons tirer un enseignement des travaux des Américains et, tout en tenant compte des exagérations nous pouvons dire qu'il y a tout de même quelque chose d'intéressant qui mérite notre attention. Nous pouvons considérer, abstraction faite de ces exagérations, que les Américains nous ont donné un avertissement. Il y a un certain nombre de dents traitées qui présentent des troubles périapicaux ; pour quelles raisons existent-ils ? Pouvons-nous améliorer nos méthodes de traitement ? Je crois que les recherches devraient être appliquées d'une façon plus rationnelle qu'elles ne l'ont été ; en France nous ne faisons pas assez de recherches sur les suites et conséquences de nos traitements dentaires. La radiographie, avec ses imperfections actuelles, peut tout de même donner des indications précieuses. Si l'interprétation des radiographies dentaires laisse à désirer, je n'en rejette pas la faute sur le radiographe, mais sur le dentiste. Lorsque nous envoyons un malade au radiographe, celui-ci nous retourne le cliché avec des considérations très embarrassées parce qu'il ne connaît pas les dents et la région péri-apicale ou il les connaît mal. Il est évident que c'est nous qui devons faire le diagnostic plutôt que le radiographe. Si nous utilisions la radiographie comme on le fait dans certaines écoles dentaires américaines, les épreuves seraient prises avant, pendant et après le traitement ; il faudrait prendre des épreuves aussi quelques mois après le traitement. Personnellement, je n'ai pas encore de clichés assez probants parce qu'ils ne sont pas suffisamment nombreux. J'ai commencé à agir ainsi : après avoir traité une dent présentant à l'examen radiographique une zone d'infection périapicale, je fais prendre une seconde radiographie, elle ne donne pas une image de la zone apicale sensiblement différente de celle prise avant le traitement, mais elle m'indique si l'obturation des canaux est bonne, puis, quelques mois après, alors même que je ne trouve aucun signe pathologique clinique, je procéderai à un nouvel examen radiographique qui pourra peut-être me montrer, à ce moment, la zone raréfiée améliorée par rapport à celle qui se trouvait sur la première radiographie. Certainement au bout de plusieurs mois la modification, s'il y a guérison, devrait apparaître nettement sur le cliché. Par conséquent les recherches par la radiographie peuvent nous aider dans nos traitements et contrôler ceux-ci pour les améliorer s'il y a lieu.

Nous pourrions faire des recherches suivant celles entreprises par Howe et par un de nos confrères qui est à la tête de l'Institut de recherches de Cleveland, le Dr Price.

Price prétend qu'il est impossible d'arriver à aseptiser tous les canalicules ; Howe a prétendu qu'avec des médications suffisamment pénétrantes, notamment par la méthode qu'il a présentée, dont quelques exemplaires circulent (réduction de l'argent d'une solution de nitrate d'argent ammoniacale par le formol) on pouvait arriver à pénétrer dans toute la zone malade, et j'ai été très vivement frappé, lorsque je lui ai rendu visite à Boston en 1918, par les nombreuses présentations qu'il m'a faites de coupes de dents. Cette méthode a le grave défaut de colorer la dent ; mais on pourrait y remédier en réduisant un autre métal que l'argent, l'or par exemple. Il y a évidemment une voie dans laquelle nous pourrions aussi travailler ; c'est à nous de rechercher.

Je crois donc que par des statistiques bien établies, dans des conditions rationnelles de contrôle, on pourrait se rendre compte de la marche d'un traitement du 4e degré ; au moyen d'examens radiographiques nous pourrions suivre l'évolution des modifications de la zone péri-apicale et, ainsi, nous pourrions nous rendre compte de la mesure dans laquelle nous devons améliorer notre méthode de traitement ; enfin des recherches de laboratoire pourraient nous aider.

Je crois qu'il est nécessaire que nous tirions quelques conclusions pratiques de l'étude que nous avons ébauchée ce soir, car j'estime qu'elle n'est qu'ébauchée et qu'il faudrait aller beaucoup plus loin. Nous devons, c'est incontestable, conserver les dents ; nous sommes tous d'accord ; il est de notre devoir de tenter de conserver les dents, mais ce que nous ne devons pas conserver, ce sont les foyers infectieux. Je regrette pour ma part de voir trop souvent des dents atteintes de fistules maintenues dans la bouche de malades qui vont régulièrement chez leur dentiste. Celui-ci leur dit : cette dent ne vous fera pas mal tant que la fistule existera. C'est absolument navrant de constater cela ; il y a là une négligence coupable, j'ose le dire. Ceci n'est pas un défaut d'instruction professionnelle, c'est tout simplement une négligence. Nous devons conserver les dents, nous ne devons pas conserver les foyers infectieux, il est incontestable que ce n'est pas impunément que l'on charrie dans le courant circulatoire les micro-organismes très nombreux, provenant soit du foyer péri-apical, soit de la fistule. De même pour les malades atteints de pyorrhée alvéolaire, combien en voyons-nous se promener avec des pyorrhées très anciennes et négligées parce que leur dentiste consulté leur a répondu : il n'y a rien à faire. Ce n'est pas impunément que ces malades absorbent journellement un dé à coudre de pus. Il est de notre devoir de supprimer tous les foyers infectieux et de conserver les dents.

Les méthodes actuelles offrent-elles toutes les garanties ? Dans un certain nombre de cas : oui ; dans d'autres cas, peut-être non. Il est bien évident que lorsqu'on examine la coupe d'une dent et que l'on voit les ramifications nombreuses, le delta qui se forme à l'extrémité apicale, nous n'avons pas la certitude d'avoir fait pénétrer certaines médications que nous employons dans toutes les parties de la dent. Il y a peut-être d'autres méthodes à utiliser, à rechercher ; nos méthodes sont perfectibles, j'en suis convaincu : travaillons à le faire. Nous lutterons ainsi efficacement contre les idées très fortement outrancières des Américains, qui aboutiraient à faire de tous nos patients des édentés.

J'espère que cette discussion prendra une ampleur plus grande de façon que nous puissions prendre des points particuliers et pousser à fond l'étude qu'ils méritent.

M. Godon. — Il y a eu déjà un mouvement en faveur de l'extension de l'extraction, en Amérique, contre lequel on a protesté au congrès dentaire de Chicago en 1893. Le Président du Congrès dans son discours d'ouverture disait : nous venons de passer par une période pendant laquelle on arrachait les dents, etc., pour lesquelles on pouvait supposer la nécessité d'un traitement ou d'une récidive plus tard. Cette même théorie, cette même pratique était appliquée aux Etats-Unis avant la période du congrès de Chicago, puisqne le Président y a fait allusion et a protesté dans les mêmes conditions que nous le faisons aujourd'hui.

M. Roy. — Je ne voudrais pas abuser de votre patience, mais néanmoins si vous voulez me permettre, étant donné surtout ce qu'a dit tout à l'heure M. Mendel, je ne voudrais pas que l'on croie que je pense que les dents ne sont pas cause d'affections générales ; je l'ai dit très explicitement, bien au contraire ; ce que je me suis attaché à développer c'est qu'il y avait lieu de se garder d'exagérations condamnables ; je dis condamnables et je ne partage pas l'avis de M. Mendel parce que les idées qui ont été développées en Amérique l'ont été avec une telle fougue, une telle exagération que vraiment elles ont eu des répercussions fâcheuses. Mon état d'esprit ? Si vous le voulez, au lieu de le prendre dans une improvisation un peu hâtive ou au hasard de la parole, voici ce que j'écris dans l'article que vous avez eu entre les mains, voici ce qui résume mon opinion en ce qui concerne les répercussions d'ordre général des dents infectées :

« Est-il possible, comme le pensent les auteurs que nous avons cités, » que ces foyers locaux puissent, sans manifestation locale de carac- » tère aigu, aller provoquer dans l'organisme des troubles généraux

» graves comme du rhumatisme, des endocardites, des néphrites? La » chose ne paraît pas démontrée à l'heure actuelle et la rencontre dans » une autre région d'un micro-organisme sans caractère spécifique ne » me paraît pas suffisante pour justifier le rapprochement que l'on » voudrait établir. Néanmoins il est incontestable que la présence dans » la bouche de dents infectées constitue un danger au point de vue » local comme au point de vue général; aussi je m'associe entièrement » pour ma part aux conclusions de A. D. Black que j'ai citées plus » haut quant à la *nécessité de traiter chaque cas d'infection buccale* » *chronique comme une menace directe à la santé de l'individu.* »

Moi qui fais une guerre à mort à mes patients qui ont la moindre suppuration, la moindre infection dans la bouche, je ne voudrais pas qu'on crût que je n'attache pas d'importance à ces points-là. Mais ce que je tiens à combattre surtout, ce ne sont pas tant ces exagérations relatives aux affections générales produites par les dents, c'est le remède que l'on veut opposer à ces complications même si elles existent, ce qui n'est pas impossible si ce n'est pas encore démontré. Ce remède, quel est-il ? L'extraction. Or est-il remède plus déplorable que l'extraction ? Extraction égale quoi ? Edenté ou prothèse et quelle prothèse ? Pas la prothèse à bridge puisque aucune pulpe ne doit être enlevée et l'on voit la limitation que cela impose, mais la prothèse à plaque c'est-à-dire la moins parfaite de celles que nous puissions employer, car elle a pour conséquence la carie et l'ébranlement des dents. Ce que j'entends combattre c'est donc le traitement systématique par l'extraction de toutes les dents infectées car je le considère comme une mesure *in extremis*. Est-ce à dire que l'on ne doit pas recourir à l'extraction ? En aucune manière et dans les conclusions que j'ai faites dans mon travail, je dis ceci :

« Devront être extraites : *a*) toute dent infectée ne pouvant être soignée pour une cause quelconque (impossibilité ou refus du malade par exemple) ou ne pouvant être guérie après un traitement rationnellement poursuivi ; *b*) toute dent infectée dont la restauration après guérison serait impossible ou inutile ; *c*) les dents infectées qui provoquent des complications péri-maxillaires graves ou des accidents généraux d'infection aiguë. »

Si je m'attache avec tant d'énergie à cette question c'est qu'elle a une importance capitale pour les malades. En effet, j'admets très bien que l'on discute sur la possibilité d'une cause dentaire pour une néphrite, une endocardite ou telle autre affection, mais contre quoi je m'élève c'est que l'on enlève toutes les dents à pulpe morte d'un tel malade sous prétexte qu'elles ne peuvent se guérir, car si, comme je le pense et l'affirme, la guérison des dents infectées est possible, on n'a pas le droit, quelles que soient les

vues pathologiques que l'on ait sur l'autre point de la question, de supprimer sans nécessité absolue des organes dont je n'ai pas à démontrer l'importance dans cette enceinte.

Personne je pense ne voudra dire qu'il n'y a jamais eu une dent atteinte d'infection pulpaire qui ait été guérie ; dans ces conditions il suffirait qu'il y ait eu une seule dent infectée de guérie pour que celle-là nous serve de modèle et que nous nous efforcions d'employer les mêmes moyens pour guérir toutes les autres dents infectées. Nous ne devons pas proclamer notre impuissance mais dire au contraire que, du moment qu'il y a des dents infectées qui guérissent, nous devons tendre à les guérir toutes en cherchant à réaliser les conditions nécessaires pour obtenir ce résultat. Notre thérapeutique est perfectible, même si elle est imparfaite et c'est à la perfectionner que nous devons tendre et non à conclure à notre faillite alors que celle-ci, comme je l'ai montré, n'existe pas. J'ai exposé dans mon travail une technique que je ne veux pas vous exposer encore ici, mais je suis convaincu que nombre de confrères obtiennent d'aussi bons résultats avec des techniques un peu différentes, mais rationnelles.

En ce qui concerne les complications, que je n'ai pu aborder ce soir mais sur lesquelles je me propose de revenir dans une séance ultérieure, il est incontestable que les interventions apicales, lorsqu'elles sont faites d'une façon judicieuse, permettent de guérir absolument les cas même les plus graves. M. Mendel Joseph dit : je n'affirme jamais que j'ai guéri une dent. Or, en la circonstance, il y a deux choses à considérer : le pronostic avant et après le traitement. En ce qui concerne le pronostic *avant le traitement*, je suis, comme lui, très réservé. Quand un patient vient avec une dent atteinte d'infection pulpaire et me dit : « Guérirez-vous ma dent ? » Je ne réponds jamais : oui. Je lui dis : « je n'en sais rien ; qu'il vous suffise de savoir que, si j'entreprends le traitement, c'est que je considère que celui-ci présente suffisamment de chances de succès pour le tenter, mais pour savoir si je guérirai la dent, ce ne pourra être qu'une fois le traitement terminé que je pourrai vous le dire ».

Par contre, en ce qui concerne le pronostic *après le traitement terminé*, j'estime que si l'on a constaté les quatre signes de guérison que j'ai indiqués et si les canaux ont été alors obturés dans les conditions antiseptiques et hermétiques rigoureuses, on peut se montrer absolument affirmatif quant à l'avenir d'une telle dent au point de vue des complications infectieuses ultérieures possibles ; pour ma part je n'hésite jamais à le faire et je n'ai pas eu à revenir sur ce pronostic sauf dans des cas tout à fait exceptionnels qui confirment la règle et où des fautes de techni-

ques pouvaient être invoquées pour les expliquer; je n'ai pas la prétention de n'en jamais faire mais je suis bien obligé de constater les faits que j'observe dans ma pratique et les excellents résultats que j'obtiens; aussi, quand on vient nous raconter que les dents infectées ne sont pas susceptibles de guérir, je ne puis l'admettre.

Je citerais un cas analogue à celui que vient de rapporter mon ami Godon : il y a 30 ans, un monsieur vint me trouver avec une prémolaire inférieure ayant un abcès vestibulaire volumineux. Je l'ouvris, il en sortit un flot de pus. Quelques jours après, je trépanai la dent qui avait été mal soignée par un confrère, je soignai les canaux et je les bouchai. L'abcès se ferma et, depuis, cette dent n'a jamais plus présenté le moindre symptôme pathologique. Il y a 30 ans de cela. Il y a un an, ce monsieur a cassé cette dent qui s'était très bien comportée jusque-là, et j'ai posé une couronne sur cette dent, qui continue à se porter de façon parfaite. Je crois qu'on peut affirmer tout de même la guérison dans un cas semblable et qui a présenté autrefois des lésions graves. J'ai observé aujourd'hui même un cas typique; j'ai revu un monsieur qui était venu me trouver il y a 3 semaines avec une incisive latérale supérieure présentant un abcès alvéolaire avec fistule, abcès étendu. J'ouvre la dent qui était obturée, mortification pulpaire très nette; j'enlève les débris pulpaires, je fais la désinfection du canal et, par la fistule, suivant la technique que j'ai indiquée autrefois, je fais une application de chlorure de zinc dans la cavité abcédée qui était énorme. J'ai mis dans la dent un pansement antiseptique fait avec toute la rigueur que j'apporte dans ce mode de traitement et, aujourd'hui, j'ai pu constater la fermeture parfaite de la fistule. J'ai enlevé le pansement ; pas l'ombre d'odeur ni de sécrétion pathologique. J'ai remis un pansement dans le canal de cette dent par mesure de prudence et j'obturerai celui-ci dans quelques jours si aucune complication ne survient et si je constate un état aussi parfait du canal et je pourrai affirmer la guérison définitive d'un cas où, d'après ce que je viens de vous indiquer les désordres péri-apicaux étaient incontestablement graves. Par ce simple traitement j'ai donc guéri cette lésion sérieuse ; que ne peut-on obtenir avec des lésions moins graves que celles que l'on a dans des cas semblables à ceux que je viens de citer à titre d'exemples mais assez communes pour que je n'y insiste pas ici. Ils viennent montrer toutefois l'exactitude de cette affirmation que je ne saurais trop répéter de la possibilité de guérir des dents infectées.

M. Mendel. — J'ai reçu une malade qui portait une dent à pivot sur la deuxième molaire inférieure droite; le travail était

très bien fait, il datait de 7 ans ; je l'avais examiné et m'étais plu à reconnaître le mérite de l'opérateur. Tout était parfait, la personne ne souffrait pas de cette dent et je me disais : c'est un confrère expérimenté qui a fait ce travail. Il y a 2 semaines, je revois cette malade qui arrive avec une complication infectieuse très atténuée au niveau de cette dent. J'ai tout d'abord essayé de voir s'il n'y avait pas de moyen thérapeutique de guérir l'infection, étant donné que celle-ci est extrêmement atténuée. Cependant à côté de cette tuméfaction il y avait certaines manifestations générales, un peu de fièvre, légère douleur ; quelque chose se préparait incontestablement d'ordre général. J'ai hésité quelque temps ; je me suis enfin décidé à l'extraction, moi qui suis extrêmement conservateur. Je me suis dit que les infections hématogènes ne sont pas du tout exceptionnelles d'autant plus qu'une étude très intéressante publiée dans le *Cosmos* sur les résultats des inoculations du streptocoque viridens me revenaient à l'esprit. Il a isolé le streptocoque viridens d'un abcès dentaire, a fait une inoculation et a constaté un très grand nombre d'infections dentaires sur dents parfaitement vivantes. Il arrive à cette conclusion, qui n'est pas la mienne, que je ne partage pas, car cette expérience ne me donne pas suffisamment de garantie. Il dit, en tout cas, qu'il a obtenu avec ce germe 54 mortifications pulpaires ; il a opéré sur des lapins ; à la suite d'injections il a provoqué 54 fois des mortifications pulpaires. Par conséquent de toute façon on peut envisager la localisation d'une infection partant d'une autre région sur une dent dévitalisée ; si vous avez une dent qui n'a plus de nerf, elle offre une résistance amoindrie et vous pouvez penser avoir un foyer infectieux d'origine hématogène.

La séance est levée à 11 h. du soir.

Le secrétaire général,
V.-E. MIÉGEVILLE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE ROUEN (1921)

Section d'Odontologie (14e section).

(Suite)

Séance du 2 août (après-midi).

PRÉSIDENCE DE M. G. VILLAIN, PRÉSIDENT.

I. — HYGIÈNE DENTAIRE PUBLIQUE, PAR LE Dr CH. GODON.

M. Godon donne lecture de sa communication (v. p. 773).

DISCUSSION.

M. Seimbille (Paris). — J'ai l'avantage d'être dentiste traitant d'un Lycée de Paris depuis 1908. J'ai eu l'occasion de me rendre compte des inconvénients que présente l'inspection dentaire, telle qu'on la comprend généralement.

Il est très difficile au dentiste-inspecteur, au cours d'un examen forcément sommaire, d'indiquer d'une façon précise la nature des soins à donner.

Telle dent indiquée par l'inspecteur comme pouvant être soignée, est jugée à extraire par le dentiste traitant, et réciproquement.

Il en résulte des divergences de vues que le public a de la peine à comprendre.

J'ai eu plusieurs fois pendant la guerre, l'occasion de remplacer le dentiste-inspecteur mobilisé.

Estimant que le rôle de ce dernier consiste seulement à attirer l'attention des parents, j'avais adopté une méthode qui me paraissait avantageuse pour tous :

Je *signalais* simplement les enfants qui avaient besoin de soins, *sans spécifier* en aucune façon la nature des soins à donner, laissant à ce sujet entière liberté au dentiste traitant.

M. Roy estime que, si les dentistes étaient bien pénétrés de leurs devoirs, ils s'efforceraient de faire comprendre aux Pouvoirs publics l'importance non seulement de l'inspection, mais aussi du traitement, car il ne s'agit pas seulement d'hygiène

locale, mais d'hygiène générale, et cela est très grave. Les Pouvoirs publics n'ont pas le droit de se désintéresser de l'hygiène dentaire, qu'on doit propager surtout chez les enfants, l'hygiène dentaire est liée étroitement à l'hygiène générale.

Il est partisan du dentiste traitant et du dentiste-inspecteur ; il y a intérêt à ce que les deux fonctions soient séparées, autrement le praticien unique pourrait être suspecté par la famille. Le dentiste-inspecteur ne doit pas indiquer la nature des soins à donner, mais seulement les dents qui ont besoin de soins ; c'est donc une erreur du dentiste-inspecteur que signale M. Seimbille.

M. B. Kritchevsky. — J'ai une grande admiration pour l'énergie du Docteur Godon et je lui souhaite un succès auprès des Pouvoirs publics, mais cela sera très long et très difficile. Il nous faut prendre l'exemple des Américains qui ont accompli des choses merveilleuses à Rochester, à Boston, et c'est l'initiative privée qui a fait cela, le gouvernement est venu après. Nous devons accepter comme un devoir de toujours parler à nos malades, de faire de la propagande, de recueillir de l'argent et quand nous aurons la possibilité de faire quelque chose les Pouvoirs publics viendront à nous. Le fait suivant peut donner une idée de la négligence coupable du gouvernement, la Fondation Rockfeller pour la lutte contre la tuberculose en France a organisée des cliniques dentaires aussi ; pendant une année j'ai été le directeur de ces cliniques: mais quand cette organisation a été remise au ministre de l'Hygiène la clinique a été fermée et est encore fermée; je crois que l'affaire a probablement été oubliée entre les mains d'un employé.

M. Spira (Colmar) fait remarquer qu'outre Strasbourg, plusieurs villes d'Alsace de moindre importance ont organisé depuis des années des cliniques dentaires scolaires. Entre autres Colmar, ville de 45.000 habitants, possède depuis 1907 une clinique dentaire scolaire entretenue aux frais de la municipalité avec un budget annuel de 25 à 30.000 fr. Les 5.000 à 6.000 enfants des écoles primaires y sont tous examinés régulièrement et ont droit aux traitements dentaires, qu'ils demandent d'ailleurs très volontiers.

L'assainissement des bouches de ces enfants est fait d'une façon méthodique, par les classes des tout petits d'abord, puis progressivement par les suivantes, de manière qu'à la sortie de l'école, à 14 ans, les enfants aient leurs dents en bon état. A la suite de cette organisation les médecins-inspecteurs des écoles ont constaté une sensible amélioration de l'état de morbidité des élèves.

Quant aux dispensaires dentaires demandés par M. le Docteur Godon, M. Spira estime que la nouvelle loi en préparation sur les assurances sociales contre la maladie en rendra la création

inutile et dans l'intérêt des confrères pratiquants même indésirable. En effet l'assurance contre les maladies devra accorder, aux frais de l'assurance, les traitements dentaires nécessaires à tous ses assurés et aux membres de leur famille.

Le principe de la liberté individuelle, qu'invoquent déjà les syndicats médicaux pour le libre choix par l'assuré de son médecin traitant, devra être maintenu aussi pour les traitements dentaires, de manière que chaque assuré ait la possibilité de se faire soigner par le dentiste de son choix. La longue expérience et les luttes acharnées qu'ont menées les praticiens alsaciens et lorrains dans la question des soins dentaires pour les assurés contre la maladie, leur permettent de mettre en garde les confrères contre toute création de clinique dentaire des assurances, monopolisant les soins dentaires de leurs membres. Le libre choix du dentiste par l'assuré est la seule méthode qui garantisse et la santé du malade et les intérêts de la profession médicale dentaire.

M. Despescher (d'Omaha, Etats-Unis) a examiné en 1904 les dents des enfants des écoles dans sa ville et les envoyait chez leurs dentistes se faire traiter. Les enfants présentent plus d'aptitude pour l'étude quand ils sont soignés.

Les grands établissements industriels ont organisé des cliniques dentaires et ont constaté un plus grand rendement de la part de leurs ouvriers quand ceux-ci sont soignés pour leurs dents.

L'hygiène dentaire étant une question sociale aux Etats-Unis est enseignée dans les écoles publiques, que tous les enfants doivent fréquenter avant d'aller dans les collèges.

M. Bertaux (de Rouen) demande la conjonction des services de traitement et d'inspection dentaire dans les écoles normales ; la création de cliniques dentaires dues à l'initiative privée ; l'union des dentistes d'une même ville pour constituer ces cliniques ; l'appel à l'aide pécuniaire des clientèles bourgeoises et la mise des Pouvoirs publics en présence du fait accompli.

M. Aspa (Harfleur). — Professant à la campagne je traite presque exclusivement une clientèle ouvrière et paysanne. Je vois chaque jour des enfants dont la denture est dans un état déplorable ; les dents de 6 ans sont perdues, découronnées. Les parents les ont laissées perdre parce qu'ils ignoraient qu'il s'agissait de dents permanentes ; eux-mêmes sont rébarbatifs à tous soins dentaires ; ils ne se font pas soigner parce que les dents atteintes ne les font pas souffrir. Quant aux pulpites, ils réclament l'extraction ; ils ne viennent chez le dentiste que parce qu'ils souffrent et refusent tous soins pour les dents cariées au 2e degré.

Ceci, à mon avis, provient de l'ignorance des classes ouvrières et paysannes, du peu d'importance qu'elles attachent à la

conservation d'une bonne denture et à l'influence que peuvent avoir sur l'état général le grand nombre de dents cariées et l'absence d'un grand nombre d'entre elles.

Je pense que nos associations professionnelles ont le devoir d'éduquer les classes ouvrières et paysannes. A part le savon Cadum, nous ne trouvons rien qui puisse les éduquer sur ce sujet dans les journaux. C'est là une lacune que nos sociétés professionnelles et syndicales devraient chercher à combler ; c'est cette éducation du public que nous devrions nous efforcer de faire avant toute chose.

M. Godon constate que l'assemblée est d'accord sur les principes d'hygiène dentaire. M. Seimbille a présenté quelques critiques, mais ce sont des détails. Il est important que quelqu'un fasse l'examen sans y être intéressé ; il est utile qu'un praticien dise : voilà une bouche ou une dent malade.

M. Aspa a signalé avec raison l'ignorance du public en cette matière. Il faut que quelqu'un de qualifié puisse dire en toute liberté : il y a là des dents à soigner. Or, l'examen dentaire ne coûte rien ou presque rien.

M. Roy ajoute qu'à l'Ecole normale, en 2 heures, il examine 40 élèves.

M. Godon continue en disant que toutes les communes peuvent établir l'examen. Si la ville a le moyen de payer un dentiste traitant, c'est parfait, sinon les enfants doivent s'adresser au dentiste de la famille. La réussite des propositions de loi dépend des démarches des dentistes auprès du Parlement. S'il insiste, c'est qu'il est indigné de voir qu'il ne se fait rien en France, tandis qu'il se fait beaucoup à l'étranger.

En appuyant ces propositions de loi les praticiens montreront l'utilité de leur fonction, ils rendront service au pays comme ils l'ont fait pendant la guerre. L'initiative privée a fait beaucoup pour l'enseignement, elle peut faire beaucoup pour l'hygiène par de la propagande auprès des pouvoirs publics. Il demande donc à l'Assemblée de voter ses conclusions.

Le Président estime que c'est à l'initiative privée qu'il faut s'adresser et non aux pouvoirs publics. Les dentistes ont créé l'enseignement libre, l'Etat l'a homologué ; pendant la guerre ils ont créé l'organisation dentaire et l'Etat n'a eu qu'à s'en servir. Qu'ils créent des dispensaires dentaires, et les villes d'abord, l'Etat ensuite seront bien obligés de les suivre.

Il serait sage de charger la commission exécutive qui a été constituée la veille de nommer une Commission spéciale qui préparerait un travail pour le prochain congrès. Il propose en conséquence, si l'on accepte cette proposition, de recommander à la Commission

exécutive les candidatures de MM. Roy, Godon, Spira, Seimbille, pour faire partie de la Commission d'étude d'hygiène dentaire. — La double proposition est adoptée.

Les vœux terminant la communication de M. Godon sont mis aux voix et adoptés.

1er GROUPE.

Les infections apicales et périapicales.

I. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES TRAITEMENTS DES RACINES ET DES FOYERS PÉRIAPEXIENS, AVEC RADIOGRAPHIE, PAR M. SPIRA. (Colmar).

M. Spira donne lecture de cette communication (Sera publiée).

II. — ACCIDENTS DE KYSTES ET RADIOGRAPHIE, PAR J. M. BRILLE (Paris).

M. Brille donne lecture de sa communication. (Sera publiée).

Le Président salue la venue de M. Valadier, président de l'*American Dental Club of Paris*, et salue la présence de M. Fernagut, professeur de dentisterie à la Faculté de médecine de Beyrouth.

III. — VIRULENCE DU STREPTOCOQUE D'ORIGINE ODONTOPATHIQUE, PAR LE Dr MENDEL (Paris).

En l'absence de *M. le Dr Mendel*, il est donné lecture de cette communication, qui n'est pas mise en discussion (Sera publiée).

IV. — RAPPORT SUR LES INFECTIONS PÉRIAPICALES ET LEURS RELATIONS AVEC L'ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES, PAR M. PAUL HOUSSET (Paris).

M. P. Housset donne lecture de ce rapport qui vaut une ovation à l'auteur (V. n^os d'octobre, de novembre et p. 787).

V. — DISCUSSION DES COMMUNICATIONS SPIRA ET BRILLE ET DU RAPPORT HOUSSET.

M. le Dr Polus (Bruxelles) rappelle qu'il y a des relations entre les foyers d'infection et les maladies générales. C'est ainsi qu'une femme présentant des signes de tumeur au cerveau est radiographiée et l'on découvre au maxillaire une région infectieuse. Dans un 2e cas il y avait des lésions au côté gauche, 4 kystes au maxillaire supérieur avec paresse stomacale et engorgement du foie. Les 4 foyers donnent un granulome. Huit jours après les symptômes disparaissent. C'est donc avec raison que les Américains ont attiré l'attention sur les foyers infectieux.

M. le Dr Lévy (Strasbourg). — Je ne puis prendre position ni pour ni contre l'infection des foyers périapexiens, mais une réflexion s'impose : pourquoi ces foyers sont-ils si rarement dangereux pour leur voisinage ? Pourquoi n'observons-nous pas plus souvent des ostéomyélites des maxillaires et, si nous en observons, pourquoi les dents sont-elles souvent intactes ? C'est même une grosse question de savoir si l'actinomycose, qu'on prétendait être presque toujours d'origine dentaire, l'est réellement, vu que le microbe qu'on trouve sur les animaux est aérobie, tandis que celui de l'actinomycose humaine est anaérobie.

M. *Even* (Roubaix). — A propos des infections paradentaires, j'ai remarqué que nous sommes dans beaucoup de cas responsables des accidents périapicaux. En cultivant notre habileté et en perfectionnant notre technique, nous pouvons réduire ces états pathologiques. Une dent dont les racines sont parfaitement stérilisées et obturées est exempte de toute infection apexienne. Le traitement au bioxyde de sodium m'a donné dans la plupart des cas les meilleurs résultats.

M. Roy estime, dans les dents infectées, que ce n'est pas la préparation de la cavité qui doit être faite aseptiquement, c'est surtout quand celle-ci est effectuée et que l'on va pratiquer la désinfection proprement dite des canaux que l'asepsie est importante. La partie des instruments qui pénètrent dans les canaux ne doit pas être touchée par les doigts de l'opérateur : voilà la chose nécessaire. La raison des succès de Péan à une époque où l'antisepsie était loin d'être ce qu'elle est actuellement dans les opérations chirurgicales c'est qu'il ne touchait pas les plaies avec ses mains.

Les foyers périapexiens peuvent être traités et guéris.

La dépulpation offre toute sécurité ; pourvu qu'elle soit faite dans les conditions d'asepsie voulue.

M. Godon considère que le rapport de M. Housset et la discussion qui le suit justifient la thérapeutique conservatrice des dents.

M. Spira. — Malgré le nombre d'affections périapicales décelées par la radiographie, il n'est pas admissible que la dévitalisation d'une pulpe, même dans une dent saine pour la confection d'un bridge par exemple, soit considérée comme une opération faite à tort ; si une opinion de ce genre se vulgarisait, elle amènerait vite la déconsidération de nos travaux de dentisterie opératoire et il pourrait facilement arriver que la dévitalisation d'une pulpe fût considérée par certains praticiens comme une faute professionnelle.

Les réserves de M. Housset sur la dévitalisation correctement exécutée ne peuvent donc être rigoureusement soutenues pour ne pas voir, un beau jour, un confrère accusé d'avoir porté préjudice à la santé d'un de ses clients, en lui dévitalisant une dent.

M. P. Housset. — Je répondrai à M. Spira, qui vient de nous dire qu'à son point de vue il était dangereux de conclure qu'il fallait faire moins de pulpectomies et que certains médecins pouvaient se servir de cette idée contre nous, que je me place avant tout sur le terrain scientifique en exprimant cette conclusion, qui est en moi une conviction, que d'autre part je répète que nous sommes seuls juges de décider ou non de la pulpectomie et qu'enfin les conditions que je viens de décrire au sujet de la technique sont assez sévères pour ne pas nuire à la sécurité de nos malades.

Je pense que ce n'est pas pour son retentissement dans l'esprit d'autrui que nous devons formuler une opinion scientifique, mais pour nous, pour notre conscience et dans le sentiment entier de notre responsabilité.

M. Spira dit qu'il n'a pas entendu citer, parmi les symptômes recherchés dans l'examen clinique, celui de la percussion, le doigt placé au niveau de l'apex ; j'ai cité ce symptôme dans la 3e partie de mon rapport après la palpation et avant la recherche du signe de Crane.

Je répondrai au docteur Roy, qui pense que j'ai exagéré les précautions d'aseptie, notamment en ce qui concerne les manipulations de la digue, que je sens moi-même la rigueur de mes conclusions à ce point de vue. Mais trop souvent nous pouvons constater une insuffisance dans les traitements concernant le 3e degré. Il nous faut donc avoir une doctrine très sévère, dans notre enseignement et dans nos publications, et si chacun se crée en pratique une technique personnelle, nous devons lutter contre la tendance à s'écarter d'une théorie très complète et très rigoureuse et sans cesse plus parfaite.

Le président pense qu'il serait intéressant d'étudier le traitement des canaux par la réduction d'un métal inoxydable afin d'éliminer la question de la coloration de la denture si préjudiciable à la vulgarisation de la méthode de traitement par réduction de l'argent telle que Howe l'a préconisée.

Il ajoute que M. P. Housset a présenté un travail des plus consciencieux et des plus précis avec des recherches préalables des plus complètes. Le dentiste doit accepter sa responsabilité pleine et entière et ne doit pas laisser s'introduire dans sa technique des pratiques fâcheuses.

Il adresse à M. Housset les félicitations et les remercîments de tous pour son remarquable exposé ; il remercie et félicite également M. Brille de son exposé très clair.

La séance est levée à 6 heures.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET DU 21 NOVEMBRE 1921 RELATIF AUX DISPENSES DE GRADES ET DE SCOLARITÉ POUR LES ÉTUDES SUPÉRIEURES

Article premier. — Sont autorisés, à titre exceptionnel, à présenter jusqu'au 1er mars 1922 des demandes à l'effet de bénéficier des dispositions du décret du 12 juillet 1917 les étudiants ayant servi sous les drapeaux pendant la guerre et remplissant l'une des conditions suivantes :

1° Avoir accompli au moins 3 ans de services militaires dont 3 mois dans une unité combattante ;

2° Avoir été réformé pour blessure ou maladie contractée aux armées ;

3° Avoir été décoré de la croix de la Légion d'honneur au titre militaire, de la médaille militaire ou de la croix de guerre avec palme.

(*Journal officiel* du 29 novembre 1921, p. 13079.)

LE COMMERCE DES DIPLOMES DENTAIRES

L'A. G. S. D. F. s'occupe depuis un certain temps de la répression de la délivrance de diplômes de toute nature, notamment de diplômes dentaires, par correspondance et moyennant finances par une soi-disant Université américaine, qui répand à profusion ses prospectus. Elle s'est adressée pour faire cesser cet abus aux diverses autorités.

De son côté, l'*American Dental Club of Paris* s'est occupé de la question.

Notre confrère M. J.-B. Davenport a fait le 7 mai dernier devant cette Société une conférence sur le commerce des diplômes dentaires, dont il vient de nous communiquer le texte. Il avait déjà traité cette question le 1er avril 1916.

Il a signalé que le système de délivrance de diplômes dentaires par correspondance avait fleuri pendant 13 ans dans l'Etat de New-York et que toutes les tentatives pour y mettre fin avaient échoué en présence de la législation existante. A une protestation de l'*American Dental Club* au Département de l'Instruction publique de cet Etat, il fut répondu qu'une nouvelle loi, votée en septembre 1916, ferait disparaître un établissement de la ville de

New-York qui se livrait à ce trafic. En prévision de cette loi cet établissement inonda l'Europe d'offres de diplômes de D. D. S. par correspondance, au rabais (50 dollars au lieu de 150) pour les 3 mois qui devaient précéder sa fermeture, le 15 septembre 1916, après 13 ans d'existence.

Le projet du *Club* de divulguer par une publicité considérable les fraudes ainsi commises fut abandonné à cause des circonstances.

Après 5 ans on retrouve debout le même établissement, qui a changé de nom, il est vrai (il a pris celui d'Université), et de demeure : il s'est installé en France avec une soi-disant charte américaine; et depuis un an il offre des diplômes de toute nature par correspondance, moyennant finance (diplôme dentaire : 85 dollars ; diplômé médical ; 1.000 fr.), etc.

Comme la question intéresse tous les pays, le *Club* en avise l'Association dentaire nationale qui obtient du Ministère d'Etat à Washington l'envoi d'une circulaire à tous les agents consulaires américains à l'étranger leur donnant des instructions sur ce qu'ils doivent faire à cet égard en coopérant au besoin avec le Ministre de l'Instruction publique du pays où ils sont accrédités.

Le consul général a offert à M. Davenport de faire ce qu'il pourrait en la matière, lui a conseillé de prendre l'affaire en main et de demander l'avis de l'ambassadeur américain à Paris. En même temps il communiqua les documents à l'Union des Universités, dont le Secrétaire a saisi le Ministre français de l'Instruction publique. Une autre personne a également saisi de la question le Recteur de l'Université de Paris.

La communication de M. Davenport, approuvée par le Club, fut portée par voie de pétition en août dernier à la connaissance de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, qui, dans sa réunion annuelle tenue à Milwaukee du 15 au 19 août :

1° Désapprouva par une résolution motivée la conduite de l'établissement qui se qualifie d'Université américaine organisée conformément aux lois du district de Colombie et ayant qualité pour délivrer des diplômes en médecine, dentisterie, etc. ;

2° Chargea son Secrétaire général de prier le Ministère d'Etat de faire connaître aux Consuls des Etats-Unis à l'étranger et aux Ministres de l'Instruction publique des pays étrangers le caractère de l'établissement se livrant au trafic des diplômes ;

3° Décida de faire les démarches nécessaires pour obtenir une législation empêchant l'organisation d'établissements d'enseignement agissant de mauvaise foi.

Dans sa réunion du 6 octobre dernier M. Davenport fit part à l'*American Dental Club of Paris* de la résolution ci-dessus, ainsi que de l'annonce de l'*Oriental University* et de ses offres de di-

plômes et de titres moyennant finances, publiées par divers journaux français et étrangers.

Il ajouta que postérieurement cette annonce avait été retirée de l'un de ces journaux qui signalait en même temps que, d'après les renseignements officiels fournis, les diplômes délivrés par ladite organisation sont dépourvus de toute valeur légale, tandis qu'un autre reproduisait un jugement interdisant à un dentiste de faire usage du titre de docteur conféré par ladite Université.



Comme épilogue de cette question l'A. G. S. D. F., vient de recevoir la réponse définitive suivante du Consul général des Etats-Unis à Paris auquel elle s'est adressée à plusieurs reprises.

Service consulaire américain

CONSULAT GÉNÉRAL D'AMÉRIQUE.

Paris, 7 décembre 1921.

Messieurs,

En réponse à votre lettre du 1er juin au sujet de l'*Oriental University of Virginia*, dont l'adresse est 1703 Oregon, avenue Washington, D. G., j'ai l'honneur de vous informer que je viens de recevoir une instruction du département d'Etat contenant un rapport du bureau de l'Enseignement du ministère de l'Intérieur à Washington, dont la teneur suit :

« *L'Oriental University* a la personnalité civile d'après les lois » de l'Etat de Virginie et est légalement autorisée à délivrer des » diplômes. Néanmoins, elle n'est pas considérée par les institu- » tions renommées aux Etats-Unis. Son procédé de délivrer des » diplômes *in absentia* et contre le paiement de sommes considé- » rables a décidé le commissaire de l'Enseignement à prier l'Etat » de Virginie d'annuler son privilège. Des poursuites ont été com- » mencées par l'Etat de Virginie dans ce but. Les personnes dési- » rant des renseignements sur cette Université devront être avi- » sées de ne lui accorder aucune confiance en ce qui concerne les » titres académiques qu'elle prétend conférer. »

Il semble donc que les agissements de cette Université ou de ses agents tendent à discréditer la bonne réputation des diplômes délivrés par les Universités américaines. Vous pouvez en conséquence baser vos réponses touchant cette institution et ses diplômes sur les renseignements fournis par le Bureau de l'Enseignement du ministre de l'Intérieur à Washington.

Je vous prie, etc.

Le Consul général des Etats-Unis,
Signé : A. M. THACKARA.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU JAPON

Le Japon compte actuellement 12 écoles dentaires, dont 10 pour hommes et 2 pour femmes.

Quatre de ces écoles connues sous les noms de *Tokio, Nippon, Osaka et Toyo* ont la même organisation que les écoles dentaires des Etats-Unis et les étudiants qui en sortent diplômés sont admis à la pratique sans subir d'examen d'Etat.

L'Ecole dentaire de Tokio, la plus ancienne date de 1880 ; elle est dirigée depuis 1900 par M. Chiwaki. Elle forme 70 0/0 des dentistes japonais.

Grâce à la générosité de son directeur, qui lui a fait don de 450.000 yens (le yen = 2 f. 50), elle a acquis la personnalité civile. Grâce à une souscription qui a produit 650.000 yens elle peut s'agrandir et augmenter son matériel.

Les étudiants sortant des autres écoles ne peuvent exercer qu'après avoir subi des examens d'Etat ; ceux-ci ont lieu chaque année.

Le Japon n'a pas encore d'école dentaire d'Etat, mais deux Facultés de médecine comptent des sections dentaires : l'Université impériale de Tokio et l'Université Reio Gijuku. Trois écoles pratiques de médecine, à Thiba, Nagoya et Kyoto, qui admettent directement les gradués des écoles moyennes et où les études durent 4 ans, comptent également une section dentaire, mais n'ont que des cliniques et pas de cours.

D'après la statistique de février 1920, il existait au Japon 6409 dentistes, soit 6 fois plus qu'en 1907.

Ce nombre s'accroît d'environ 600 nouveaux diplômés par an.

(Dr Kawakami, *School life*, 15 juin 1921).



D'autre part nous empruntons à la Semaine dentaire *les renseignements qui suivent sur l'exercice de l'art dentaire au Japon.*

Il n'y a pas au Japon de diplôme d'Etat donnant droit d'exercice de l'art dentaire, mais des diplômes sont délivrés par des écoles privées subventionnées par l'Etat japonais et ces diplômes sont assimilés à des diplômes d'Etat.

Les trois grandes écoles reconnues sont :

Tokio Jikerkai Iin Igaku Semmon Gakko à Tokio.

Kumamoto Igaku Semmon Gakko.

Nihon Igaku Semmon Gakko.

Cependant les étrangers peuvent être admis à exercer leur art au Japon ; ce sont ceux :

Qui possèdent un diplôme délivré par une université ou une école supérieure de bonne réputation ; ou une attestation officielle d'admission à exercer légalement dans un pays étranger.

Sauf pour les praticiens se trouvant dans les conditions indiquées ci-dessus, le candidat étranger doit obligatoirement subir des examens comportant toutes les matières du programme des écoles reconnues.

Les dentistes nationaux étant très habiles au Japon l'autorisation d'exercice ne peut être accordée à un étranger que s'il a des qualités professionnelles indéniables.

En outre, tous les candidats doivent formuler une demande d'autorisation d'exercice au ministre de l'Intérieur qui a un pouvoir discrétionnaire en la matière.

D'une manière générale, les dentistes aptes à exercer en France sont bien considérés dans l'Empire japonais, mais, comme les autres étrangers, ils doivent obtenir avant tout établissement l'autorisation d'exercice délivrée par le ministre de l'Intérieur.

Les dentistes au Japon sont soumis à un droit d'exercice proportionnel au revenu par exemple : 3 0/0 jusqu'à concurrence de 1.000 yens ; 10, 5 0/0 de 5 à 7.000 yens.

(Renseignements communiqués par l'Ambassade Impériale du Japon à Paris).

(*Semaine dentaire*, 2 octobre 1921).

AU CHILI

Notre directeur a reçu de notre collaborateur M. J. Valenzuela, directeur de l'Ecole dentaire de Santiago du Chili, une lettre fournissant des renseignements intéressants sur l'état de la profession dentaire dans ce pays ; nous en reproduisons la plus grande partie.

Dans les dernières années, nous qui dirigeons l'odontologie sud-américaine nous avons développé une grande activité. C'est ainsi qu'en 1917 nous avons tenu à Santiago du Chili le Congrès dentaire pan-américain du Chili, qui a eu un résultat satisfaisant à maints égards et dont la conséquence directe et la plus efficace

fut, en outre d'une loi spéciale donnant au dentiste une situation légale dans notre législation et empêchant d'exercer l'odontologie sans le titre officiel voulu, la modification du plan d'études de notre Ecole dentaire, étendant la durée des études et développant les études médicales comme base d'une préparation plus complète des nouveaux professionnels.

Une autre conséquence de ce Congrès fut la création de la Fédération odontologique latino-américaine, destinée surtout à organiser des Congrès périodiques, et, en effet, le premier congrès tenu sous ses auspices a eu lieu à Montevideo en septembre 1920, et j'ai eu le plaisir d'y assister avec plusieurs Chiliens.

Ce Congrès a provoqué pour les Argentins la création presque immédiate du doctorat en Odontologie, et pour nous la réalisation d'une ancienne et légitime aspiration : voir notre Ecole dentaire incorporée dans la Faculté de médecine.

Une décision récente du Conseil de l'Instruction publique, qui devra être sanctionnée plus tard par un décret, achève d'établir que le Corps enseignant de cet établissement fera partie de la Faculté de médecine et de pharmacie, ce qui équivaut à reconnaître à ses membres le caractère de professeurs universitaires, qu'ils n'avaient pas jusqu'à présent.

Le recteur de l'Université, en communiquant cette décision au Gouvernement, dit : « que l'idée qui a mu la Faculté et le Conseil de l'Instruction publique... est de donner à l'odontologie l'importance que cette branche de la médecine a acquise dans les derniers temps et de reconnaître en outre les progrès qu'a réalisés notre Ecole dentaire ».

C'est donc là un événement d'une portée considérable, qui assure l'avenir scientifique des études de cette spécialité et rehausse la situation de l'Odontologie au Chili en lui donnant le rang qu'elle a déjà conquis parmi les autres professions libérales.

BIBLIOGRAPHIE

Prothèse. Principes généraux.

Par P. MARTINIER ET G. VILLAIN.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'apparition du volume *Principes généraux appliqués aux différentes prothèses* par G. Villain. Ce volume est le tome 1er d'une série d'ouvrages sur la prothèse dus à la collaboration de MM. P. Martinier et G. Villain en remplacement du volume *Clinique de prothèse dentaire* de M. P. Martinier (Manuel de chirurgien-dentiste, devenu Bibliothèque du chirurgien-dentiste).

Ces ouvrages sur la prothèse comporteront :

Tome I. — Principes généraux appliqués aux différentes prothèses.

Tome II. — Clinique de prothèse dentaire.

Tome III. — Clinique de prothèse dentaire à pont : couronnes et bridges.

Tome IV. — Clinique de prothèse orthopédique.

Tome V. — Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice.

Tome VI. — Différentes prothèses au laboratoire.

Surgery, its principles and practice

(La chirurgie, ses principes et sa pratique)

par divers auteurs, publié par WILLIAM, William KEEN, chez W. B. Saunders Company, Philadelphie et Londres, 1921.

Dans le tome VIII de cet ouvrage nous relevons un chapitre de 46 pages, illustré de 77 gravures, intitulé :

« *Le rôle du chirurgien-dentiste dans le traitement des fractures des* » *maxillaires*, par Eugène L. Darcissac. D D S, D E D P, D F M P ».

Pour comprendre ce chapitre il faut penser qu'il est incorporé dans un ouvrage volumineux traitant de toutes les branches de la chirurgie générale et spéciale. La place restreinte ménagée à l'auteur ne lui permet pas d'entrer dans de longs détails. Destiné à l'instruction des étudiants en médecine, il a pour but de leur indiquer quelles ressources ils peuvent attendre de la collaboration avec un chirurgien-dentiste. Nous sommes heureux de voir l'auteur insister sur la nécessité de procéder prudemment à l'esquillectomie d'une fracture du maxillaire inférieur en particulier, d'enlever tous les corps étrangers et enfin de se garder des sutures osseuses. Pour avoir méconnu ces principes, nombre de chi-

rurgiens au début de la guerre ont contribué à l'établissement de pseudarthroses.

Un autre principe qui nous paraît avoir été mis en valeur surtout pendant la guerre est d'éviter l'interposition entre les fragments d'une fracture récente de toute pièce prothétique, cette interposition contribuant à entraver la régénération osseuse.

L'auteur passe rapidement en revue les pseudarthroses et les diverses sortes de trismus.

Dans la seconde partie de son travail il relate un certain nombre de cas traités à l'Ambulance américaine de Neuilly. Les nombreuses figures disposées dans le texte aident à sa compréhension et contribueront à vulgariser parmi les médecins l'importance de la prothèse appliquée primitivement aux blessés des maxillaires et de la face.

Après avoir félicité l'auteur de ce travail, dont la documentation a été rassemblée en plusieurs années de labeur assidu, nous exprimerons un regret : celui de ne pas voir dans sa bibliographie trop courte les noms de Claude Martin, Morestin, Sebileau, Imbert et Réal, Roy et P. Martinier, Delagenière, etc... Les auteurs américains ne nous gâtent guère à ce sujet, il serait souhaitable que nos compatriotes à l'occasion se montrent moins discrets et fassent savoir aux étudiants étrangers qu'il existe chez nous aussi des chirurgiens, des médecins, des dentistes. Dr L. SOLAS.

Technique opératoire.

Par W. H. O. Mc Ghee, D. D. S., M. D.

1 volume de 270 pages, 299 gravures, deuxième édition 1921, Blakiston's, son et Co, Philadelphie 1012 Walnut Street.

L'ouvrage que nous venons de parcourir est consacré à la technique de la dentisterie opératoire.

Il débute par un résumé d'anatomie dentaire volontairement succinct. Dans la pensée de l'auteur ce chapitre n'est qu'un plan d'études destiné à guider l'étudiant dans ses lectures d'ouvrages spécialisés.

Ensuite vient un chapitre où sont décrits et représentés les instruments nécessaires aux diverses opérations de la dentisterie opératoire ; l'auteur a choisi avec un soin minutieux les instruments les plus classiques et dont l'emploi est pour ainsi dire universellement répandu, il en indique les caractéristiques (forme, taille, trempe) et l'action.

Le troisième et le quatrième chapitre traitent de l'hygiène et de la prophylaxie buccales et des opérations préliminaires de la

dentisterie (séparation des dents, isolement de la salive, emploi des différentes sortes de matrices).

Le chapitre suivant expose la préparation des différents types de cavités, il est suivi d'un exposé des différentes matières obturatrices, puis d'une étude détaillée des différents types d'inlays en or et en porcelaine.

Enfin nous trouvons exposées les différentes techniques relatives au traitement de la pulpe, des filets radiculaires, et des complications résultant de l'ouverture de la chambre pulpaire et de son infection.

Pour terminer, l'auteur propose un plan d'entraînement méthodique destiné à acheminer l'étudiant vers l'exécution correcte des différentes opérations décrites dans le cours du volume.

A notre avis, ce petit manuel est un excellent résumé de nos connaissances actuelles. Chacun de ses paragraphes doit être considéré par l'étudiant comme une tête de chapitre dont le développement doit être recherché dans les traités plus importants mis à sa disposition. Considéré à ce point de vue, ce livre est un guide précieux, plan d'enseignement pour le professeur, plan d'étude pour l'étudiant, d'une lecture facile grâce à ses nombreuses figures ; il mérite de prendre place dans nos bibliothèques professionnelles. Dr L. SOLAS.

Nouveaux journaux. — Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista de Odontologia* publiée mensuellement à Saragosse sous la direction de MM. Garcia Carrillo, Baylin et Guardiola.

Nous avons reçu également le premier numéro de la *Revista dentara romana*, publiée tous les 2 mois à Bucarest.

Nous avons reçu de même le premier numéro de *Przeglad Dentystyczny* publié mensuellement à Varsovie en langue polonaise avec M. Biernacki comme rédacteur en chef et M. Gruszczynski comme secrétaire.

Livres reçus. — Nous avons reçu de notre confrère M. le Dr Juan Ubaldo Carrea, professeur de prothèse dentaire à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres, une brochure intitulée *Stigmates dentaires* (Estigmas dentarios), 8 pages, 10 fig.

Nous avons reçu de notre confrère M. Rojo, de Mexico, une brochure en espagnol et en anglais, de 46 pages, intitulée : « Soirée littéraire et musicale pour commémorer le 21e anniversaire de la fondation de la F. D. I. et le 14e anniversaire de la fondation de la F. D. N. mexicaine. » La cérémonie a eu lieu le 12 août 1921 dans l'amphithéâtre de l'Ecole nationale préparatoire.

NÉCROLOGIE

Mme Chaillou-Ricatte.

Nous avons le vif regret d'apprendre le décès de notre confrère Mme Chaillou-Ricatte, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F., survenu le 17 novembre 1921, à l'âge de 35 ans.

Les funérailles ont eu lieu le 20. M. Blatter, directeur de l'Ecole et M. Bruschera, membre du Conseil d'administration, représentaient le Groupement, qui avait envoyé une couronne.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

De Jonge Cohen.

Nous apprenons le décès de notre confrère M. de Jonge Cohen, à l'âge de 59 ans, survenu le 31 octobre dernier. Il était membre de la Société dentaire néerlandaise et est l'auteur de plusieurs ouvrages estimés, dont nous avons eu l'occasion de rendre compte.

Nous adressons à sa famille, à ses confrères hollandais et au *Tijdschrift voor Tandheelkunde,* dont il était secrétaire gérant, nos condoléances confraternelles.

Prof. Christensen.

On annonce la mort du Prof Carl. Christensen, de Copenhague, un de nos principaux collaborateurs bien connu par son articulateur.

Il était né le 24 avril 1857 ; son décès est survenu le 30 novembre 1921. C'est une grande perte pour la science dentaire.

Nous exprimons à sa famille nos sincères condoléances et nous adressons nos regrets à ses confrères danois.

Notre confrère M. le Dr Henri Chenet, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être éprouvé par la perte de sa belle-mère, Mme Natalis Gru, à l'âge de 69 ans.

***

Notre confrère M. Paul Housset vient d'être éprouvé par la perte de sa grand'mère, Mme veuve Flamant, survenue le 30 novembre, dans sa 83e année.

***

Notre confrère M. Lucien Mutel a eu la douleur de perdre sa mère survenue le 17 décembre, à l'âge de 85 ans.

Nous leur adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris. — L'Assemblée générale de la Société s'est tenue le 13 décembre avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après adoption des rapports du secrétaire général et du trésorier, elle a approuvé d'abord le nouveau bail qui la maintient en jouissance de l'immeuble de la rue de La Tour-d'Auvergne, puis un projet de création de pensions de retraite pour le personnel employé par la Société. Après l'exposé des travaux de transformation, il a été procédé à l'élection de 11 membres du Conseil d'administration, qui a donné les résultats suivants :

Votants : 92. — Bulletins blancs ou nuls : 1.

Suffrages exprimés : 91. — Majorité absolue : 46.

Ont obtenu :

MM.			
Fié,	91	voix,	élu.
V. E. Miégeville,	90	—	—
L. Viau,	90	—	—
Pillière,	89	—	—
Solas,	89	—	—
Frinault,	89	—	—
Cadic,	88	—	—
Vallis-Davy,	87	—	—
G. Villain,	84	—	—
André,	84	voix,	élu.
Eudlitz,	80	—	—

Viennent ensuite :

MM. Wintergerst, 5 voix.

G. Martinier, 3 voix.

Debray et Arnold, chacun 2 voix.

Divers 1 voix.

***

Le Conseil d'Administration s'est réuni le 20 décembre et a constitué son bureau ainsi :

Président-Directeur, M. Blatter ;

Vice-président et Trésorier, M. Bioux ;

Vice-président, Directeur-adjoint et *Directeur de l'Enseignement*, M. G. Villain ;
Secrétaire général, M. H. Villain ;
Secrétaire des séances, M. Solas ;
Bibliothécaire, M. Pillière ;
Conservateur du musée, M. Geoffroy ;
Econome, M. V.-E. Miégeville ;
Trésorier-adjoint, M. Crocé-Spinelli ;
Bibliothécaire-adjoint, M. L. Viau ;
Conservateur-adjoint du musée, M. Wallis-Davy.

Association générale syndicale des Dentistes de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale syndicale des Dentistes de France aura lieu le dimanche 19 janvier 1922, à 9 heures du matin, au siège de la Société, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

ORDRE DU JOUR :

1° Correspondance.
2° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 16 janvier 1921.
3° Rapport du secrétaire général.
4° Rapport du trésorier.
5° Rapport de l'Administrateur-gérant du journal l'*Odontologie*.
6° Assurances (Rapport de M. Dufeu).
7° Exercice illégal (Rapport de M. Brodhurst).
8° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (8 membres pour Paris, 8 membres pour la province).
9° Questions et propositions diverses.

MEMBRES SORTANTS RÉÉLIGIBLES.

Paris. — MM. Crocé-Spinelli, Devoucoux, Dufeu, Dupontreué, P. Martinier, V.-E. Miégeville, Rollin, G. Viau.

Province. — MM. A. Audy (Senlis), Bennejeant (Clermont-Ferrand), Brodhurst (Le Vésinet), Caron (Nantes), Duncombe (Caen), Jouard (St-Cloud), Mouton (Amiens), Vicat (Lyon).

Société d'Odontologie. — La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 6 décembre avec l'ordre du jour suivant :
1° Allocution du Président.
2° M. L. Richard-Chauvin. — I. Les tumeurs adénoïdes, traitement *curatif et définitif* sans intervention chirurgicale ; II. Des dents infectées. Les dents et les racines infectées sont curables dans la grande majorité des cas.

3° M. le Dr Bonnet-Roy. — Un danger de l'anesthésie locale.
4° Incidents de la pratique journalière.



La prochaine séance aura lieu le mardi 3 janvier.

Ordre du jour.

1° M. le Dr Chenet. — Un cas d'ankylose temporo-maxillaire traité et guéri par la méthode chirurgico-prothétique (*avec présentation de malade*).
2° M. le Dr Roy. — Quelques observations de kystes dentifères.
3° MM. le Dr Solas. — Accidents d'acide arsénieux.
4° Incidents de la pratique journalière.

Distinction honorifique. — Nous apprenons avec le plus grand plaisir que notre confrère et collaborateur M. Emile Huet, de Bruxelles, président de la Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I., vient d'être nommé chevalier de la Couronne par le Ministre des sciences et des arts pour son travail sur la classification en odontologie.

Tous ceux qui connaissent le travail véritablement gigantesque que fournit M. Huet dans cette délicate matière, travail qu'il n'a pas interrompu pendant la guerre et dont les résultats sont groupés au Centre documentaire international de Bruxelles, applaudiront à cette distinction si justement méritée.

Pour nous, nous adressons à M. Emile Huet nos plus chaleureuses et nos plus cordiales félicitations.

Récompenses. — Nous apprenons avec plaisir que la médaille de bronze de la Reconnaissance française a été conférée à nos confrères MM. Philippe Lévêque, membre de l'A. G. S. D. F., de Dijon, et Quintero (Manuel), de Saint-Rambert (Rhône), pour services rendus pendant la guerre.

Nous leur adressons nos félicitations.

Nominations. — MM. Godon, P. Martinier, G. et H. Villain ont été nommés membres d'honneur de l'Association générale des dentistes de Belgique.

Par arrêté du Préfet de la Seine en date du 28 juin 1921, M. Martinier (Paul) a été nommé dentiste honoraire des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Par arrêté préfectoral, M. Pélissier, ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommé dentiste de l'asile d'aliénés de Perray-Vaucluses en remplacement de M. P. Martinier.

Section dentaire de l'Association générale des étudiants de Paris. — La Section dentaire s'est réunie le 14 novembre à 20 h. 30 à la Maison des étudiants. Elle a entendu le rapport de son délégué sur les vœux émis au Congrès de l'Union nationale des associations d'étudiants tenu récemment à Montpellier et a constitué son bureau ainsi :

Président : M. Michel (E. D. P.).

Vice-présidents : M. Leroy (E. O.) ; M. Priolet, (E. D. F.).

Trésorier : M. Royon (E. D. P.).

Secrétaire : M. Granchamp (E. D. P.).

Mariages. — Le mariage du Dr Castille, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Suzanne Hennes, chirurgien-dentiste, tous deux anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris, a été célébré le 19 novembre 1921.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de Mlle Zélie Grillet, fille de M. Gaston Grillet, inspecteur-contrôleur de l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Louis Vivien, célébré le 27 décembre.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Naissances. — M. le Dr Friteau, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Friteau nous font part de la naissance de leur fils Claude-Edouard.

M Blot, ancien élève de l'E. D. P. et membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Blot nous annoncent la naissance de leur fille Jacqueline.

M. James Quintero, de Lyon, membre de l'A. G. S. D. F., et Mme Quintero, nous annoncent également la naissance de leur fille Sarita.

Nous leur adressons nos félicitations.

Société Française d'orthopédie dento-faciale. — La Société Française d'orthopédie dento-faciale, fondée en mai 1921, se réunira à nouveau à Paris le 7 janvier 1922 sous le patronage des Drs Frey et Pont, présidents honoraires.

Orateurs inscrits :

MM. Frey ; G. Villain ; Henri Villain ; Siffre ; Izard ; Stuhl ; de

Névrezé (Paris) ; Pont ; Gallavardin ; Quintero (Lyon) ; Julien (Bordeaux) ; Geo. Beltrami (Marseille) ; Rubbrecht (Bruxelles) ; Sylvain Dreyfus (Lausanne) ; Lind (Amsterdam).

Tous les confrères s'intéressant à cette branche de notre profession sont instamment priés d'apporter leur concours à cette société nationale.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Dr de Névrezé, 20, rue Mogador, à Paris.

Faculté de chirurgie dentaire de l'Université de Montréal. — Cette Faculté, dirigée comme on sait, par notre confrère et collaborateur M. Eudore Dubeau et affiliée à l'Association nationale des Facultés dentaires américaines, compte cette année 202 élèves, tous de langue française, dont 2 Européens.

Congrès des dentistes canadiens. — Le prochain Congrès des dentistes canadiens aura lieu le 15 mai 1922 à Toronto.

Dispensaire dentaire. — Un dispensaire dentaire gratuit vient d'être créé dans le village d'Onna (Italie) par un chirurgien-dentiste ; il fonctionne tous les jours de fête.

Avis important.

Nos abonnés et les membres de l'A. G. S. D. F, sont instamment priés d'utiliser le mandat-carte qui leur est adressé avec le numéro de décembre pour nous faire parvenir le montant de leur abonnement ou cotisation du 1er semestre.

A défaut de cet envoi, passé le 30 janvier, nous feront présenter par la poste une quittance majorée de 1 franc pour frais de recouvrement.

En ce qui concerne l'étranger, où le chèque postal ne peut être utilisé, nous prions nos confrères de vouloir bien nous adresser dès à présent le montant de leur abonnement ou cotisation en un chèque sur Paris afin d'éviter une interruption dans l'envoi du journal.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1921.

E

F

S

T

U

V

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

F. D. I.

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

LIVRE D'OR DES DENTISTES

NÉCROLOGIE

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DE STRASBOURG

CONGRÈS DE ROUEN

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS[1]

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie ou des Congrès de Strasbourg et de Rouen.